




3 1761 12061506 7



Digitized by the Internet Archive
in 2024 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761120615067>

A1
C26
551

71



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001

Première session de la
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Wednesday, October 3, 2001

Le mercredi 3 octobre 2001

Issue No. 28

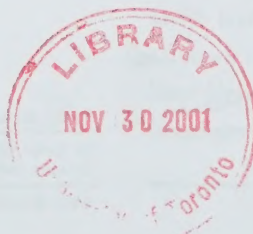
Fascicule n° 28

Fourth meeting on:
Bill C-11, An Act respecting immigration to Canada and
the granting of refugee protection to persons who
are displaced, persecuted or in danger

Quatrième réunion concernant:
Le projet de loi C-11, Loi concernant l'immigration au
Canada et l'asile conféré aux personnes
déplacées, persécutées ou en danger

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

| | |
|----------------------|------------------|
| Callbeck | * Lynch-Staunton |
| * Carstairs, P.C. | (or Kinsella) |
| (or Robichaud, P.C.) | Keon |
| Cook | Morin |
| Cordy | Pépin |
| Di Nino | Robertson |
| Fairbairn, P.C. | Roche |

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

| | |
|----------------------|------------------|
| Callbeck | * Lynch-Staunton |
| * Carstairs, c.p. | (ou Kinsella) |
| (ou Robichaud, c.p.) | Keon |
| Cook | Morin |
| Cordy | Pépin |
| Di Nino | Robertson |
| Fairbairn, c.p. | Roche |

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, October 3, 2001
(32)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 1:40 p.m., in Room 505 of the Victoria Building, the Chair, the Honourable Michael Kirby presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Cordy, Di Nino, Fairbairn, P.C., Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin, Robertson, Robichaud, P.C., and Roche (12).

Other senators present: The Honourable Senators Andreychuk, Beaudoin, St. Germain, P.C., and Wilson (4).

In attendance: Catherine Piccinin, Committee Clerk, the Senate; and Jay Sinha and Benjamin Dolin, Research Officers, Parliamentary Research Branch, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, September 27, 2001, the Committee resumed its consideration of Bill C-11, An Act respecting immigration to Canada and the granting of refugee protection to persons who are displaced, persecuted or in danger. (*See Proceedings of the Committee, Issue No. 26 dated October 1, 2001, for full text of Order of Reference.*)

WITNESSES:

From the Shipping Federation of Canada:

Gilles Bélanger, President and Chief Executive Officer;
Anne Legars, Director, Policy and Government Affairs.

From the Organization of Professional Immigration Consultants:

Jill Sparling, President.

From LEXBASE:

Richard Kurland, Editor-in-Chief.

As Individuals:

Gordon Fairweather;
Jack Manion;
William Bauer;
Martin Collacott;
James Bissett;
Lorne Waldman;
Mendel M. Green.

From Canadians for a Fair and Just Immigration Policy:

Robin Seligman, Representative.

From the Office of the United Nations High Commissioner for Refugees:

Judith Kumin, Representative in Canada.

From the Canadian Council for Refugees:

Janet Dench, Executive Director;
Francisco Rico-Martinez, President.

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 3 octobre 2001
(32)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 13 h 40, dans la pièce 505 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable sénateur Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Di Nino, Fairbairn, c.p., Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin, Robertson, Robichaud, c.p., et Roche (12).

Autres sénateurs présents: Andreychuk, Beaudoin, St. Germain, c.p., et Wilson (4).

Également présents: Catherine Piccinin, greffière du comité, Sénat; Jay Sinha et Benjamin Dolin, attachés de recherche, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents: Les sténographes officielles du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 27 septembre 2001, le comité poursuit son examen du projet de loi C-11, Loi concernant l'immigration au Canada et l'asile conféré aux personnes déplacées, persécutées ou en danger. (*L'ordre de renvoi se trouve dans le fascicule n° 26 du comité, daté du 1^{er} octobre 2001.*)

TÉMOINS:

De la Fédération maritime du Canada:

Gilles Bélanger, président-directeur général;
Anne Legars, directrice, Politique et affaires gouvernementales.

De l'Organisation of Professional Immigration Consultants:

Jill Sparling, présidente.

De LEXBASE:

Richard Kurland, rédacteur en chef.

À titre personnel:

Gordon Fairweather;
Jack Manion;
William Bauer;
Martin Collacott;
James Bissett;
Lorne Waldman;
Mendel M. Green.

De Canadians for a Fair and Just Immigration Policy:

Robin Seligman, représentant.

Du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés:

Judith Kumin, représentante au Canada.

Du Conseil canadien pour les réfugiés:

Janet Dench, directrice générale;
Francisco Rico-Martinez, président.

As Individuals:

David H. Davis:

Paul D. Copeland, Member, Canadian Council of Criminal Defence Lawyers:

Marshall Drukarsh, Member, Criminal Lawyers' Association.

From The Getting Landed Project:

Hamdi Mohamed, Representative:

Louise Slobodian, Representative.

From the Federation of Canadian Municipalities:

John Burrett, Acting Director, Social and Economic Policy.

From the Association of Municipalities of Ontario:

Her Worship Ann Mulvale, Mayor, Town of Oakville; President, Association of Municipalities of Ontario; and Member of the Board of Directors of the Federation of Canadian Municipalities;

Pat Vanini, Director of Policy and Government Relations.

Mr. Bélanger, Ms Legars, Ms Sparling, and Mr. Kurland made statements and answered questions.

Messrs. Collacott, Bissett, Fairweather, Bauer, and Manion made statements and answered questions.

At 4:27 p.m., the committee suspended.

At 4:33 p.m., the committee resumed.

Messrs Waldman and Green, and Ms Seligman made presentations and answered questions.

At 5:55 p.m., the Honourable Senator LeBreton took the Chair.

Ms Kumin, Mr. Rico-Martinez, and Ms Dench made presentations and answered questions.

At 6:23 p.m., the committee suspended.

At 6:45 p.m., the committee resumed, the Chair, the Honourable Michael Kirby, again presiding.

Messrs Davis, Copeland, and Drukarsh, and Ms Mohamed and Ms Slobodian made presentations and answered questions.

Her Worship Mayor Mulvale and Mr. Burrett made a presentation and, together with Ms Vanini, answered questions.

At 8:10 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

À titre personnel:

David H. Davis:

Paul D. Copeland, membre, Conseil canadien des avocats de la défense:

Marshall Drukarsh, membre, Criminal Lawyers' Association.

De Getting Landed Project:

Hamdi Mohamed, représentante:

Louise Slobodian, représentante.

De la Fédération canadienne des municipalités:

John Burrett, directeur suppléant, Politiques sociales et économiques.

De l'Association des municipalités de l'Ontario:

Mme Ann Mulvale, maire d'Oakville; présidente, Association des municipalités de l'Ontario; membre du conseil d'administration, Fédération canadienne des municipalités.

Pat Vanini, directrice, Politiques et relations gouvernementales.

M. Bélanger, Mme Legars, Mme Sparling et M. Kurland font une déclaration et répondent aux questions.

MM. Collacott, Bissett, Fairweather, Bauer et Manion font une déclaration et répondent aux questions.

À 16 h 27, le comité suspend ses travaux.

À 16 h 33, le comité reprend ses travaux.

MM. Waldman et Green, et Mme Seligman font une déclaration et répondent aux questions.

À 17 h 55, l'honorable sénatrice LeBreton occupe le fauteuil.

Mme Kumin, M. Rico-Martinez et Mme Dench font une déclaration et répondent aux questions.

À 18 h 23, le comité suspend ses travaux.

À 18 h 45, le comité reprend ses travaux, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby.

MM. Davis, Copeland et Drukarsh, et Mmes Mohamed et Slobodian font une déclaration et répondent aux questions.

Mme Mulvale et M. Burrett font une déclaration et, de concert avec Mme Vanini, répondent aux questions.

À 20 h 10, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

Le greffier suppléant du comité,

Till Heyde

Acting Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, October 3, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, to which was referred Bill C-11, respecting immigration to Canada and the granting of refugee protection to persons who are displaced, persecuted or in danger, met this day at 1:40 p.m. to give consideration to the bill.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: Senators, we are here to continue our discussion of Bill C-11, respecting immigration and the granting of refugee protection to persons who are displaced, persecuted or in danger.

Our first panel today consists of Mr. Bélanger and Ms. Legars from the Shipping Federation of Canada, Ms. Sparling from the Organization of Professional Immigration Consultants and Mr. Kurland from LEXBASE. Thank you for attending today.

May I remind all the witnesses that there will be many questions asked of you, so please keep your opening statements brief. Thank you again.

Mr. Bélanger, please proceed.

[*Translation*]

Mr. Gilles Bélanger, President and CEO, Shipping Federation of Canada: Mr. Chairman, thank you for your invitation to appear. I am accompanied by my colleague, Ms. Anne Legars, Director of Policy and Government Affairs.

[*English*]

The federation represents virtually all ocean vessels trading internationally to and from ports in Atlantic Canada, the St. Lawrence River and the Great Lakes.

You have already received our brief with its appendices, but there are two messages we wish to convey to you today. First, there is a glaring need for the immigration process to speed up and to dramatically increase its efficiency. Second, the liabilities of transportation companies should be more clearly defined.

For years we have been repeating that the delays of the Canadian immigration legislation concerning refugee status claims, as well as the very low rate of removal, are widely known abroad and amount to a blatant invitation to abuse of the system. As a matter of fact, Coroner Claude Paquin, in his investigation of the deaths of three Romanian stowaways in Montreal, concludes in his report, after interviewing officials at Livorno and Genoa, that the delays are viewed as an invitation to abuse our system because it is so lax. That report has been filed with our brief.

For years we have been repeating that this incentive encourages over 100 stowaways each year. Some years, hundreds of them risk their lives, the safety of the ship and the environment to stowaway on our ships. For years, we have

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 3 octobre 2001

Le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie, qui est saisi du projet de loi C-11, Loi concernant l'immigration au Canada et l'asile conféré aux personnes déplacées, persécutées ou en danger, se réunit aujourd'hui à 13 h 40 pour examiner ce projet de loi.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Sénateurs, nous nous réunissons aujourd'hui pour poursuivre notre examen du projet de loi C-11, qui concerne l'immigration au Canada et l'asile conféré aux personnes déplacées, persécutées ou en danger.

Notre premier groupe de témoins comprend M. Bélanger et Mme Legars qui représentent la Fédération maritime du Canada, Mme Sparling de l'Organization of Professional Immigration Consultants et M. Kurland de LEXBASE. Merci d'être venus aujourd'hui.

Permettez-moi de rappeler aux témoins que nous allons leur poser de nombreuses questions et qu'ils devraient donc faire des exposés brefs. Merci encore.

Monsieur Bélanger, veuillez commencer.

[*Français*]

M. Gilles Bélanger, président et directeur général, Fédération maritime du Canada: Monsieur le président, je vous remercie de votre invitation à comparaître. Je suis accompagné par ma collègue, Mme Anne Legars, directrice, des politiques et des affaires gouvernementales.

[*Traduction*]

La fédération représente pratiquement tous les navires de haute mer qui relie la région atlantique du Canada, le fleuve Saint-Laurent et les Grands Lacs au reste du monde.

Vous avez déjà reçu notre mémoire et ses annexes mais nous aimerions aujourd'hui vous parler de deux aspects importants. Tout d'abord, il est absolument essentiel d'accélérer le processus d'immigration et d'en renforcer l'efficacité. Deuxièmement, il conviendrait de mieux définir les responsabilités qui incombent aux sociétés des transports.

Nous répétons depuis des années que l'on connaît très bien à l'étranger la lenteur du processus d'examen des demandes de statut de réfugié prévu par la Loi canadienne sur l'immigration, ainsi que le fait que le Canada expulse très rarement les demandeurs de statut et que tout cela revient à inviter les étrangers à profiter de notre système. En fait, le coroner Claude Paquin qui a fait l'enquête sur la mort des trois passagers clandestins roumains à Montréal conclut dans son rapport, après avoir parlé à des responsables à Livourne et à Gène, que l'on considère dans ce pays que ces retards constituent une invitation à profiter de notre système, parce que celui-ci est trop laxiste. Nous avons joint ce rapport à notre mémoire.

Nous répétons depuis des années que cette situation incite des dizaines de passagers clandestins à essayer de se rendre chaque année au Canada. Certaines années, des centaines d'entre eux risquent leur vie, mettent en péril la sécurité du navire et

repeated that thousands of stowaways and deserters, who were denied refugee status, have simply disappeared underground because of the shortcomings of the system.

Now, because of the recent dramatic terrorist events, figures are coming to light claiming that there are currently 27,000 aliens who were issued removal orders, and whose trace has since been lost by the immigration department. Consequently, they remain illegally in Canada or possibly they have gone across the border. When that sort of problem reaches such a magnitude, it is not only a transportation company's concern, it is a safety concern for our country as a whole.

These 27,000 aliens must earn a living in some way, yet they also must remain invisible. Such a dilemma is likely to drive some of them to illicit activities.

Let us be clear: We are not asking that Canada stop welcoming refugees. We are asking that Canada speed up and strengthen the process in Part 2 of the bill by accelerating the processing of claims, by rendering effective provisions relating to removal to safe third countries and by facilitating the effective removal of the persons who are subject to a removal order. Why not return stowaways to the point of embarkation if that is located in a safe country?

More specifically, we believe that the proposed legislation should provide: first, that prompt processing of refugee claims be one of the objectives of the legislation, just as it is one of the objectives of the immigration process; second, that there be a 30-day limit for making refugee claims which should prevent persons who have remained illegally in Canada for long periods to claim refugee status once they are discovered, and third, that a claimant shall appear in person to receive the decision, otherwise the claim would be deemed abandoned.

We believe that more control should be dedicated to the closure of the refugee determination process because it is at the end of the process that claimants who were denied status eventually become illegal immigrants by disappearing underground. How can we expect the system to work when we send removal orders by mail?

We believe that these measures would deter potential claimants from trying to enter Canada to apply for refugee status with the hope that they would be able to remain here for many years regardless of the results of their claim. We believe that this would enhance security in our country and improve safety on our ships by reducing the number of potential stowaways and deserters.

[Translation]

We need to clarify the obligations of transportation companies. According to our reading, subsection 148(1) makes transportation companies that operate in good faith subject to a

l'environnement pour se rendre dans notre pays. Nous répétons depuis des années que les milliers de passagers clandestins et de transfuges à qui on a refusé le statut de réfugié sont tout simplement passés dans la clandestinité à cause des lacunes de notre système.

Nous apprenons aujourd'hui, à cause des actes de terrorisme dramatiques commis récemment, qu'il y a aujourd'hui 27 000 étrangers qui ont fait l'objet de mesures d'expulsion et dont le ministère de l'immigration a perdu la trace. Ces personnes demeurent donc illégalement au Canada et ont peut-être même traversé la frontière. Lorsqu'un problème prend une telle ampleur, il faut reconnaître qu'il ne concerne pas uniquement les sociétés de transport, il compromet la sécurité de notre pays tout entier.

Ces 27 000 étrangers doivent gagner leur vie d'une façon ou d'une autre, tout en demeurant invisibles. Devant un tel dilemme, ils sont souvent obligés d'exercer des activités illicites.

Permettez-moi de préciser une chose: nous ne demandons pas que le Canada ferme ses portes aux réfugiés. Nous demandons que le Canada améliore et renforce le processus décrit à la partie 2 du projet de loi en accélérant le traitement des demandes, en renforçant les dispositions prévoyant l'expulsion des personnes se trouvant illégalement au Canada vers des tiers pays sûrs et en facilitant l'exécution des mesures d'expulsion. Pourquoi ne pas ramener les passagers clandestins à leur point de départ, lorsque celui-ci est situé dans un pays sûr?

Plus précisément, nous pensons que le projet de loi devrait prévoir ce qui suit: premièrement, un traitement rapide des demandes des réfugiés devrait être un des objectifs de la loi, ainsi qu'un objectif du processus d'immigration; deuxièmement, imposer une limite de 30 jours pour la présentation des demandes de statut de réfugié, ce qui interdirait aux personnes qui sont demeurées longtemps illégalement au Canada de revendiquer le statut de réfugié au moment où on découvre leur existence et troisièmement, que le revendicateur soit tenu de comparaître en personne pour entendre la décision à son sujet, faute de quoi il serait réputé s'être désisté de sa demande.

Nous pensons qu'il faudrait resserrer davantage les contrôles mis en place à la fin du processus d'examen des demandes de statut de réfugié parce que c'est à la fin de ce processus que les demandeurs à qui l'on refuse le statut deviennent souvent des immigrants illégaux parce qu'ils décident de se cacher. Comment peut-on penser qu'un tel système puisse donner de bons résultats lorsque nous envoyons les mesures d'expulsion par la poste?

Nous estimons que ces mesures auraient pour effet de dissuader les revendicateurs potentiels d'essayer de se rendre au Canada pour y demander le statut de réfugié dans l'espoir qu'ils pourraient rester dans ce pays pendant de nombreuses années, quelle que puisse être l'issue de leur revendication. Nous pensons que cela améliorerait la sécurité du Canada et celle de nos navires, parce que cela réduirait le nombre des passagers clandestins et des déserteurs.

[Français]

Il est nécessaire de clarifier les obligations des compagnies de transport. Selon notre lecture, le paragraphe 148(1) assujettit les compagnies de transport de bonne foi à une nouvelle

new criminal liability in addition to their current financial liabilities.

The new paragraph 148(1)(c) and its criminal implication would be inequitable for ships that have stowaways on board, against their will, by definition, in addition to international cruise ships that keep on board passengers who are not authorized to disembark for land excursions.

We strongly opposed what appears to be a new obligation that would make the carrier liable for any medical care that may be required by people it transports on visits to Canada. There is no concern about obligations for medical treatment for stowaways who may be transported without our knowledge. However, cruise ships, under the new act, could find themselves required — this is provided for in the act — to provide medical treatment to their passengers here in Canada who have a right of entry and a right of visit. This would appear to be an inadvertent provision of the act, but the wording is certainly there in the act.

According to the informal discussions we held with the Department, they do not intend to introduce new obligations for transportation companies.

We are asking the Committee to revise the language used in these sections because it appears to us that in both instances, additional obligations are provided in the new act.

Mr. Chairman, I would be happy to go into further details about the Federation's position during question period.

[English]

Ms Jill Sparling, President, Organization of Professional Immigration Consultants: Honourable senators, thank you for giving us the opportunity to appear before your committee. The Organization of Professional Immigration Consultants of Canada, known by the acronym OPIC, is the largest professional association for immigration consultants in Canada.

Like me, many of our members are former senior immigration officers. We believe that we have unique insight from both sides of the desk on the workings of the immigration system.

My first point is that most of the problems that beset our immigration system, and there are many, will not be resolved by legislation. Your Special Committee on Security and Intelligence, chaired by Senator Kelly, reported in January of 1999. It was remarkably prescient about recent events.

It stated on page 36 that:

[...] deficiencies in Canada's immigration policies and procedures appear to be primarily a factor of resources, rather than gaps or inadequacies in the legal framework. In the Committee's view, it is imperative that Citizenship and Immigration Canada has the technical, personnel and other resources necessary to protect the security of Canada and Canadians.

We totally agree with that statement.

responsabilité pénale, en plus de leurs responsabilités financières actuelles.

Le nouveau paragraphe 148(1)c) et son implication pénale seraient inéquitable pour les navires ayant à bord des passagers clandestins, donc contre leur gré, par définition, ainsi que pour les navires de croisières internationales qui gardent à bord les passagers non autorisés à débarquer pour les excursions à terre.

Nous nous opposons fortement à ce qui semble être une nouvelle obligation visant à responsabiliser le transporteur pour tous les soins médicaux que pourraient nécessiter les personnes qu'ils amènent en visite au Canada. On ne s'inquiète pas des obligations pour les soins médicaux pour des passagers clandestins qu'on peut amener hors de notre connaissance. Cependant les navires de croisière, en vertu de la nouvelle loi, pourraient se voir — et c'est prévu dans la loi — obliger de fournir des soins médicaux à leurs passagers qui sont ici au Canada et qui ont un droit d'entrée et de visite. Il nous semble que c'est par inadvertance que la loi le prévoit, mais c'est bien dit dans la loi.

D'après les discussions informelles que nous avons eues avec le ministère, ces derniers n'ont pas l'intention d'introduire de nouvelles responsabilités pour les transporteurs.

Nous demandons au comité de réviser la rédaction de ces articles parce qu'ils nous semblent que, dans ces deux cas, des obligations additionnelles sont prévues dans la nouvelle loi.

Monsieur le président, il me fera plaisir d'élaborer davantage sur la position de la Fédération lors de la période des questions.

[Traduction]

Mme Jill Sparling, présidente d'Organization of Professional Immigration Consultants: Sénateurs, je vous remercie de nous avoir donné la possibilité de comparaître devant votre comité. L'Organization of Professional Immigration Consultants of Canada, connue sous son sigle OPIC, est la principale association professionnelle des consultants en immigration au Canada.

Comme moi-même, la plupart de nos membres sont d'anciens agents d'immigration supérieurs. Nous pensons avoir un point de vue unique parce que nous connaissons des deux côtés le fonctionnement de notre système d'immigration.

Je voudrais d'abord faire remarquer que la plupart des problèmes de notre système d'immigration, et ils sont nombreux, ne peuvent être résolus par voie législative. Votre comité spécial sur la sécurité et les services de renseignements, présidé par le sénateur Kelly, a fait rapport en janvier 1999. Ce comité semble avoir pressenti les événements survenus récemment.

On peut lire à la page XX:

[...] les lacunes constatées dans la politique et les procédures d'immigration au Canada semblent découler davantage d'un manque de ressources que d'insuffisances dans la loi. De l'avis du comité, Citoyenneté et Immigration Canada doit absolument disposer des ressources techniques, humaines et autres nécessaires pour protéger la sécurité du Canada et de sa population.

Nous sommes tout à fait d'accord avec cette déclaration.

The problem with CIC is that for the past 30 years, the department has been treated as a junior department in the constellation of government organizations in Ottawa. It has not been given the resources, personnel or political attention that it deserves. CIC has been starved for resources for so many years that it is unable to administer effectively our current legislation, let alone be able to adapt to or implement new legislation.

In our opinion, morale in the department is at an all-time low because of resource constraints. For example, Canada, to my knowledge, is the only developed country that uses local employees in posts abroad to issue visas. The security implications in that are obvious.

I urge this committee not to support the rhetoric that this legislation will resolve the problems and to use its report to plea for the resources and political attention that CIC needs so badly.

My second point is that I could quote from data supplied by Statistics Canada, the Canadian Federation of Independent Business, the Conference Board, the Canadian Association of Management Consultants and others to demonstrate that Canada is currently facing a major shortage of skilled workers, entrepreneurs and investors. According to the CFIB, up to 300,000 job opportunities for skilled workers are not being filled in today's economy. According to the Conference Board, by the year 2020 there will be a shortfall of nearly 1 million workers needed to support the Canadian economy.

This increasing demand for skilled workers will have to be met largely through immigration, and yet, we will still have to compete for these skilled immigrants, entrepreneurs and investors with the United States, Australia, New Zealand and elsewhere.

We readily acknowledge, particularly in light of the events of September 11, that the first objective of our immigration legislation should be to protect national security. However, our concern is that Bill C-11 will make it more difficult for Canada to compete for the best and the brightest.

Overall, our procedures are too slow, the department is woefully understaffed and some of our document requests, particularly in regard to business applicants, are overly zealous.

My third and final point is one that is particularly dear to my heart and to OPIC members. One of the objectives under which our association was originally established in 1991 was to secure the regulation of immigration consultants. We have been working toward that objective for at least ten years, to date with no success.

We have made representations to the minister and to the Department of Citizenship and Immigration. We have provided a fairly detailed proposal for a professional, self-governing regulatory framework for immigration practitioners that does not offend provincial jurisdiction. However, the file is going nowhere. In 1990, the Canadian Bar Association recommended

Le problème du CIC est que cela fait 30 ans que le gouvernement traite ce ministère comme un ministère mineur dans la nébuleuse des organismes gouvernementaux d'Ottawa. Il n'a jamais reçu les ressources, le personnel ni l'attention qu'il méritait. Cela fait tellement longtemps que le CIC dispose de ressources insuffisantes qu'il n'est même pas en mesure d'administrer correctement la loi actuelle, et encore moins, de s'adapter à une nouvelle loi ou de la mettre en vigueur.

D'après nous, le moral des fonctionnaires de ce ministère est au plus bas à cause des contraintes imposées en matière de ressources. Par exemple, à ma connaissance, le Canada est le seul pays développé qui utilise des employés locaux pour émettre des visas à l'étranger. Une telle pratique a bien évidemment des répercussions sur le plan de la sécurité.

J'invite le comité à ne pas se laisser influencer par l'argument voulant que ce projet de loi permettra de résoudre tous les problèmes et à mentionner dans son rapport la nécessité d'accorder au CIC les ressources et l'attention dont il a grand besoin.

Ma deuxième remarque est que je pourrais citer des données fournies par Statistique Canada, par la Fédération canadienne de l'entreprise indépendante, par le Conference Board, par l'Association canadienne des conseillers et administration et par d'autres organismes qui montreraient que le Canada fait face à l'heure actuelle à une grave pénurie d'ouvriers spécialisés, d'entrepreneurs et d'investisseurs. D'après la FCEI, il faudrait qu'il y ait au Canada 300 000 travailleurs spécialisés de plus. D'après le Conference Board, il manquera, en 2020, près d'un million de travailleurs pour que l'économie canadienne puisse se développer.

La demande d'ouvriers spécialisés devra être comblée, dans une grande mesure, par l'immigration, mais nous subissons la concurrence des États-Unis, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et d'autres pays qui cherchent aussi à attirer ces immigrants compétents, ces entrepreneurs et ces investisseurs.

Nous savons parfaitement, en particulier compte tenu des événements du 11 septembre, que le premier objectif de notre loi sur l'immigration est d'assurer la sécurité du Canada. Nous craignons toutefois que le projet de loi C-11 empêche le Canada d'attirer les meilleurs candidats à l'immigration.

Dans l'ensemble, notre action est trop lente, le ministère manque cruellement de personnel et nous demandons bien souvent trop de documents, en particulier aux entrepreneurs.

Ma troisième remarque, et ce sera la dernière, porte sur un sujet qui est particulièrement cher aux membres de l'OPIC et à moi personnellement. Un des objectifs que notre association s'est fixés au moment où elle a été créée en 1991 était d'assurer la réglementation des consultants en immigration. Cela fait plus de dix ans que nous essayons d'atteindre cet objectif, sans résultat jusqu'ici.

Nous avons eu des conversations avec le ministre et avec le ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration sur cette question. Nous leur avons présenté un projet assez détaillé de cadre réglementaire pour un regroupement autonome des praticiens en immigration qui respecterait les compétences provinciales. Cependant, ce dossier n'avance pas. En 1990,

the creation of a self-governing regulatory regime for non-lawyer immigration consultants. The ninth report of the Standing Committee on Citizenship and Immigration strongly recommended immigration consultants be regulated within a professional self-governing system.

It is with some irony that we note that the report was issued in September of 1995 and was entitled "Immigration Consultants: It's Time to Act." Nothing has happened since then.

Earlier this year in submissions to the Supreme Court of Canada in the *Mangat* appeal, counsel for the Attorneys General of British Columbia and Manitoba, the Law Society of British Columbia and Manitoba, OPIC and the Attorney General of Canada argued for the regulation of immigration consultants. The Attorney General of Canada repeatedly told the justices how important consultants are to the running of CIC's boards and tribunals.

Three years ago we signed a memorandum of understanding with the Department of Immigration regarding a self-regulatory process, yet nothing has happened from that time forward. Today with no training or experience in immigration law, policies or procedures, anyone can hold himself or herself out to be a consultant. Regulating immigration consultants would, therefore, protect immigrants from incompetent practitioners and serve the public interest.

Today we know that some people who present themselves as immigration practitioners charge usurious fees and make unrealistic promises to their clients. Regulating consultants would, therefore, protect people from such dishonest practices.

It is also no secret that some people who present themselves as practitioners are directly or indirectly involved in the smuggling of illegal aliens. Regulating enforcement consultants would help the enforcement agencies to get at this very odious business.

In many respects, we are Canada's first line of defence against illegal aliens, criminals and persons who constitute a security threat. We, therefore, think it appropriate that such a sensitive profession be regulated because we do not want a balkanised regulatory system across Canada.

We are committed to a national, professional, self-governing regulatory framework, which is the position that we argued at the Supreme Court. The federal government has had the statutory power to regulate the immigration consultants since 1976 through subsection 14.(1) of the current Citizenship Act. In the bill before you, clause 91 again confirms the federal government's statutory power to regulate immigration consultants.

We are here today before you to make a plea, yet again, that the committee use the opportunity to urge that the government use its statutory power to regulate practitioners.

l'Association du Barreau canadien a recommandé la création d'un régime de réglementation autonome pour les consultants en immigration non juristes. Le neuvième rapport du Comité permanent de la citoyenneté et de l'immigration recommande vivement que les consultants en immigration soient réglementés au sein d'un régime professionnel autonome.

Nous trouvons assez ironique que le rapport ait été publié en septembre 1995 et qu'il s'intitule «Les conseillers en immigration: le temps est venu d'agir». Rien n'a bougé depuis.

Au début de l'année, les avocats qui représentaient les procureurs généraux de la Colombie-Britannique et du Manitoba, la Law Society of British Columbia et celle du Manitoba, l'OPIC et le procureur général du Canada ont demandé, dans les observations qu'ils ont présentées à la Cour suprême du Canada dans le pourvoi *Mangat*, que la profession de consultant en immigration soit réglementée. Le procureur général du Canada a déclaré à plusieurs reprises aux juges de la Cour suprême que les consultants jouaient un rôle important dans le fonctionnement des commissions et des tribunaux du CIC.

Nous avons signé, il y a trois ans, un protocole d'entente avec le ministère de l'Immigration au sujet d'un processus de réglementation indépendant, mais il n'y a pas eu de suite. De nos jours, n'importe qui peut prétendre être un consultant, même sans avoir aucune formation ou expérience en droit de l'immigration, et sans connaître les politiques et les procédures d'immigration. En réglementant la profession de consultant en immigration, on protégerait les immigrants de l'incompétence de certaines personnes et on préserverait l'intérêt public.

Nous savons qu'aujourd'hui il y a des gens qui se présentent comme des praticiens en immigration, facturent des honoraires exorbitants et font des promesses irréalistes à leurs clients. La réglementation de la profession aurait pour effet d'interdire des pratiques aussi malhonnêtes et protégerait donc la population.

Il est également bien connu qu'il y a des gens qui se présentent comme étant des consultants et qui s'occupent de trafic d'étrangers. Si cette profession était réglementée, les services de police auraient les moyens de contrer ces pratiques particulièrement choquantes.

Bien souvent, nous représentons la première ligne de défense du Canada contre les étrangers, les criminels et les personnes qui constituent un danger pour la sécurité nationale. Il nous paraît donc approprié qu'une profession qui joue un rôle aussi sensible soit réglementée, parce que nous ne voulons pas d'un régime de réglementation qui varie d'une province à l'autre.

Nous voulons un cadre réglementaire national, professionnel et autonome, et c'est la position que nous avons défendue devant la Cour suprême. Le gouvernement fédéral a le pouvoir de réglementer les consultants en immigration en vertu du paragraphe 14(1) de la Loi sur la citoyenneté actuelle, et ce depuis 1976. Dans le projet de loi qui vous est soumis, l'article 91 confirme également que le gouvernement fédéral a le pouvoir de réglementer les consultants en immigration.

Nous sommes donc venus aujourd'hui inviter, une fois de plus, le comité à saisir cette occasion pour demander au gouvernement d'exercer son pouvoir de réglementer les praticiens en immigration.

That concludes my formal remarks. I would welcome any questions you have.

Mr. Richard Kurland, Editor-in-Chief, LEXBASE: Honourable senators, thank you for inviting me back to this committee.

I will be brief because I suspect that our time may be most valuably used in the question and answer session.

LEXBASE is a non-profit legal publication that, monthly, summarizes decisions rendered by the Canadian Federal Court system as it pertains to immigration citizenship matters. LEXBASE is received by not only most senior immigration officials in our Canadian embassies, but by mainstream print and electronic media. LEXBASE provides between three and four national news stories monthly to those individuals. As well, 70 per cent of the Canadian immigration bar receives LEXBASE, as do all provincial immigration departments.

In our submission, and perhaps we may briefly have two today, we were going to specifically address what we perceive to be an expensive mistake in the new law. The bill adds an additional level of appeal where there is a decision from a visa officer. The statistics clearly demonstrate that visa officers overseas are wrong, according to the courts, in the majority of challenged decisions.

The package provided today provides the CIC internal information obtained by virtue of the Access to Information Act. CIC's justification for imposing this additional level of appeal, which lengthens the Federal Court process at the expense of Canadian taxpayers, is based on an increase between 1993 and 1999 of cases filed at court from the low hundreds to the high hundreds.

It is to be noted that over the same period, the total number of Canadian visa officers fell from 300 to 200. The number of locally engaged, non-Canadian personnel performing immigration decisions mushroomed from the low 100s to over 1,000. In addition, new rules to the Canadian immigration system were introduced in that period creating the need for test cases in court.

Finally, and to the department's discredit, a secret telex was circulated. Copies are included in the materials. It was sent to all visa officers to interpret the phrase "some or all" as "all". The technical thing is a thumbnail print. A person must have some or all of a list of requirements to succeed in his or her immigration application.

The law said you need to hit "some or all." The internal, secret telex said use "all." This was kept hidden from the immigration practitioners and their applicants.

In the context of the September 11 tragedy, I have placed — and this may come as a surprise to some — a two-page, of three-page, document involving a statement by the Department of Citizenship and Immigration noting that as of March 23, 1999, CIC was aware that at least 50 foreign-based terrorist groups have representation in Canada. The groups are named and

Voilà qui termine mes observations. Je serais heureuse de répondre à vos questions.

M. Richard Kurland, rédacteur en chef de LEXBASE: S'énateurs, je vous remercie de m'avoir invité encore une fois devant votre comité.

Je serai bref parce que je crois qu'il sera plus utile de consacrer notre temps à la période de questions.

LEXBASE est une publication juridique sans but lucratif qui résume, tous les mois, les décisions prononcées par la Cour fédérale du Canada dans le domaine de l'immigration et de la citoyenneté. Cette publication est reçue non seulement par les agents d'immigration supérieurs de nos ambassades canadiennes mais également par les grands médias écrits et électroniques. LEXBASE permet à ces personnes d'avoir accès chaque mois à trois ou quatre articles d'intérêt national. En outre, 70 p. 100 des avocats d'immigration canadiens reçoivent LEXBASE, comme tous les ministères provinciaux de l'immigration.

Nous nous proposons d'aborder dans notre exposé, et peut-être nous aurons l'occasion de vous en présenter deux, ce qui nous paraît être une erreur coûteuse dans la nouvelle loi. Ce projet de loi ajoute un niveau d'appel supplémentaire pour les décisions des agents des visas. Les statistiques montrent clairement que les agents des visas à l'étranger ont commis, d'après les tribunaux, une erreur dans la plupart des décisions qui sont contestées.

Les documents que nous vous avons remis aujourd'hui contiennent des documents internes du CIC que nous avons obtenus grâce à la Loi sur l'accès à l'information. Le CIC justifie la mise en place de ce niveau d'appel supplémentaire, qui a pour effet de prolonger le processus de la Cour fédérale aux dépens des contribuables canadiens, par le fait que le nombre des affaires soumises au tribunal entre 1993 et 1999 est passé de quelques centaines à près de mille.

Il convient de noter qu'au cours de la même période, le nombre des agents des visas canadiens est passé de 300 à 200. Celui du personnel non canadien, embauché sur place, et chargé de prendre des décisions en matière d'immigration est passé de quelques centaines à plus de mille. En outre, le système d'immigration canadien a été modifié pendant cette période, ce qui a rendu nécessaire la présentation de cas types aux tribunaux.

Enfin, il y a le fait, peu reluisant pour le ministère, que celui-ci a fait circuler un télex secret. Vous trouverez des copies de ce télex dans les documents. Il a été envoyé à tous les agents des visas pour qu'ils interprètent l'expression «certaines ou toutes» comme voulant dire «toutes». Cette question technique en dit long sur l'attitude du CIC. Les candidats à l'immigration doivent répondre à toutes ou à certaines conditions pour qu'ils soient acceptés.

La loi dit qu'il suffit de répondre à «certaines ou à toutes» les conditions. Le télex interne et secret demandait d'exiger le respect de «toutes» les conditions. Cette directive a été cachée aux praticiens en immigration et aux candidats à l'immigration.

Dans le contexte de la tragédie du 11 septembre, j'ai placé dans ces documents — et cela va peut-être surprendre quelques-uns d'entre vous, un document de deux ou trois pages, contenant une note de service du ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration d'après laquelle, au 23 mars 1999, le CIC savait qu'il y avait au Canada au moins 50 groupes terroristes

the two page memo deals with the counterintelligence ramifications surrounding the danger of having terrorists in Canada.

Parenthetically, and I will let it go after this statement, I have had a chequered career. During the course of it, I have met people from Hezbollah, People's Liberation Organization, (PLO), MI5, MI6, KGB, CSIS, friends from China and U.S. folks as well. I am one of the very few private sector individuals not subject to the Official Secrets Act who may assist regarding questions concerning terrorist groups in this country. Thank you.

The Chairman: Ms Sparling, by way of clarification, when you spoke about the power, in the existing act and then reaffirmed in the bill, to allow the federal government to regulate immigration consultants, I must have misunderstood you. I thought you said clause 191.

Ms Sparling: It is clause 91.

The Chairman: I have a question related to that because I believe that professions ought to be regulated. Most professions such as the medical profession, pharmacists, lawyers, accountants and others, all have essentially their own act, either in provincial legislation or Parliament, which sets them up as self-regulating professions with certain terms and conditions.

Has your organization ever thought about doing that? It would go through as a private member's bill. They are always amended as private member's bills as well. Have you people ever thought about going that route as opposed to waiting for the government to exercise the jurisdiction that you say it has?

Ms Sparling: Years ago we spoke with provincial government officials who were not interested in doing that for us because we dealt solely with federal legislation — which takes me aback somewhat with the Ontario Attorney General trying to bring forth a bill to regulate consultants last year.

The Chairman: Do you mean consultants generally, or immigration consultants?

Ms Sparling: I refer to immigration consultants. As far as the federal government goes, when we first started to talk to the Department of immigration, its reaction was very much that it would like to work with us to develop the framework. To develop the job duties and the level of education needed it would use HRDC and one of its consultants to do the cross-country trip to get all the information.

We felt that with the department's comment about wishing to work with us in developing the legal framework and, once that was developed, assisting us to get going while not being directly responsible for us, looked like the best way to go. Little were we to know that this has just been passed from pillar to post.

étrangers qui y étaient représentés. Ces groupes sont identifiés et la note de service de deux pages traite des répercussions que pourrait avoir sur la sécurité nationale le fait que des terroristes résident au Canada.

Je dirais entre parenthèses, et je conclurais là mon exposé, que j'ai eu une carrière très mouvementée. J'ai dans ma vie rencontré des membres de l'Hezbollah, de l'Organisation de libération de la Palestine (PLO), du MI5, du MI6, du KGB, du SCRS, des amis chinois ainsi que des gens des États-Unis. Je suis une des rares personnes du secteur privé qui n'est pas assujettie à la Loi sur les secrets officiels et qui est en mesure de répondre à vos questions concernant les groupes terroristes existants dans notre pays. Je vous remercie.

Le président: Madame Sparling, une précision s'il vous plaît. Lorsque vous avez parlé du pouvoir accordé au gouvernement fédéral par la loi actuelle et dans le projet de loi de réglementer les consultants en immigration, je crois que je vous ai mal compris. J'ai pensé que vous parliez de l'article 191.

Mme Sparling: C'est l'article 91.

Le président: J'ai une question qui touche cet aspect parce que je pense qu'il est bon que les professions soient réglementées. La plupart des professions comme les médecins, les pharmaciens, les avocats, les comptables et les autres, ont leur propre loi, qu'elle soit provinciale ou fédérale, qui prévoit que ces professions doivent être réglementées par leurs membres, en respectant certaines conditions et dispositions.

Votre organisation a-t-elle déjà pensé procéder de cette manière? Il faudrait présenter un projet de loi d'initiative parlementaire. Ces lois sont également modifiées en présentant des projets de loi d'initiative parlementaire. Avez-vous déjà envisagé de procéder de cette façon plutôt que d'attendre que le gouvernement exerce les pouvoirs qu'il possède selon vous?

Mme Sparling: Nous avons parlé, il y a des années de cela, à des représentants du gouvernement provincial qui ont refusé d'agir parce que nous nous occupions uniquement d'une loi fédérale — J'ai d'ailleurs été fort surprise que le procureur général de l'Ontario ait essayé de présenter l'année dernière un projet de loi visant à réglementer les consultants.

Le président: Voulez-vous dire les consultants en général ou les consultants en immigration?

Mme Sparling: Il s'agissait des consultants en immigration. Pour ce qui est du gouvernement fédéral, nous nous sommes d'abord adressés au ministère de l'immigration qui nous a fait savoir qu'il était tout à fait disposé à travailler avec nous pour élaborer un cadre réglementaire. Le ministère pensait définir en collaboration avec DRHC et un de ses propres consultants les tâches de cette catégorie professionnelle ainsi que le niveau d'instruction requis, après avoir obtenu dans les différentes régions tous les renseignements concernant ces questions.

Nous avons pensé que, si le ministère était prêt à élaborer avec nous le cadre juridique de cette profession et à nous aider ensuite à mettre en oeuvre cette réglementation sans être directement responsable de nous, cela serait la meilleure chose à faire. Nous ne savions pas alors que les choses n'allaient pas du tout se passer de cette façon.

We formed the College of Immigration Practitioners of Canada, which is an incorporated, non-profit company, to do the negotiations. We have lost out now three times on hiring a consultant from HRDC because the department will not move. We believe that we have tried almost every avenue.

We have not actually approached anyone about a private member's bill, but we are at the point where we are willing to do anything to bring this to fruition. It is one reason that we got party status to the *Mangot* appeal at the Supreme Court as well.

The Chairman: Take this as a piece of gratuitous advice. You would be far better off to try to do it through a private member's bill for two reasons. By the way, I would be happy to talk to you about a private member's bill.

First, you would control the process and the timing, which gives you a huge advantage. Second, you would be able to develop the specs as you require them. Based on the other professions that have frequently come before this and other Senate committees, they have found having a private member's bill is very useful. Then you become incorporated with your own statute.

[Translation]

Senator Pépin: Mr. Bélanger, you said that you believed the bill contained an obligation to pay for medical treatment for passengers who enter Canada. Do you know of any precedents in another country where this is done or are we the only country to impose such an obligation on shipping companies? Are there precedents elsewhere? Do you believe that this has happened because of the wording of the bill?

Mr. Bélanger: To our knowledge, there are no precedents. Clearly, ships or owners are responsible for medical expenses for the crew and others. We do not know of any precedent for passengers. The Department has told us that this is not the intent, but the wording of the bill says precisely that. What bothers us is that the act says that passengers are entitled to have their medical expenses paid for when they are visiting here, even though the regulations say otherwise. The Department says that this will be taken care of in the regulations. However, even though the regulations may say the opposite, the act would become *ultra vires*. If this right is stated clearly in the act, then the person who has to pay medical expenses may require reimbursement of medical expenses from the ship owner and may make the claim under the act.

Senator Pépin: Under which section is this specified?

Mr. Bélanger: Yes, section 148(1)(c) of the bill. I believe that it was placed there inadvertently. The wording needs to be changed. We discussed it with the Department. I consulted lawyers, and they support me. The Department's lawyers say that there is no problem. Do we have to wait until we end up in Court

Nous avons constitué le College of Immigration Practitioners of Canada, une société à but non lucratif, pour participer à ces négociations. Nous avons maintenant échoué à trois reprises dans nos tentatives d'embaucher un consultant du DRHC parce que ce ministère ne veut pas agir dans ce dossier. Nous pensons que nous avons pratiquement tout essayé.

Nous n'avons pas encore entamé de discussion au sujet d'un projet de loi d'initiative parlementaire mais nous en sommes rendus à un point où nous sommes prêts à envisager n'importe quoi pour obtenir ce que nous voulons. C'est une des raisons pour lesquelles nous avons obtenu le statut d'intervenant dans l'affaire *Mangot* devant la Cour suprême.

Le président: Je vous donne là un avis gratuit. Il serait beaucoup plus facile de le faire par le truchement d'un projet de loi d'initiative parlementaire, et ce, pour deux raisons. Permettez-moi de vous dire que je suis tout à fait disposé à parler avec vous d'un tel projet de loi.

Premièrement, cela vous permettrait d'exercer un contrôle sur le processus législatif et sur le moment choisi pour présenter le projet de loi, ce qui vous donnerait un gros avantage. Deuxièmement, vous seriez ainsi en mesure d'élaborer les conditions à mesure que vous en avez besoin. Si je me base sur ce que nous ont dit les autres représentants des professions qui ont souvent comparu devant notre comité ainsi que devant d'autres comités sénatoriaux, je peux vous dire qu'ils ont trouvé fort utile d'avoir présenté un tel projet de loi. Vous pouvez ensuite vous constituer en société selon votre propre loi.

[Français]

Le sénateur Pépin: Monsieur Bélanger, vous avez dit que dans le projet de loi vous croyez qu'il y aura une obligation de défrayer les frais médicaux pour des passagers arrivés au Canada. Connaissez-vous un précédent dans un autre pays où cela se fait ou sommes-nous le seul pays à imposer cette obligation aux compagnie maritimes? Existe-t-il des précédents ailleurs? Croyez-vous qu'il en soit ainsi à cause de la rédaction du projet de loi?

M. Bélanger: À notre connaissance, il n'existe pas de précédent. Évidemment, les navires où les propriétaires sont responsables des frais médicaux de l'équipage et des gens en bord partie. On ne connaît pas de précédent pour ce qui a trait aux passagers. Le ministère nous dit que ce n'est pas l'intention, mais le texte du projet de loi le dit. Ce qui nous embête, c'est lorsque la loi dit que le passager a droit de se faire indemniser ses frais médicaux lorsqu'il est en visite ici, même si le règlement dit le contraire. Le ministère dit que cela sera réglé dans les Règlements. Toutefois, même si le Règlement dit le contraire, cela devient *ultra vires* du texte de loi. Si ce droit est clairement exprimé dans la loi, la personne qui a à payer des droit médicaux peut exiger du propriétaire du navire le remboursement de ses frais médicaux et il peut les réclamer en vertu de la loi.

Le sénateur Pépin: À quel article est-ce spécifié?

M. Bélanger: Oui, à l'article 148(1)(c) du projet de loi. Je pense que c'est inscrit par inadvertance. Il faudrait que le texte soit changé. On en a parlé avec le ministère. J'ai consulté des avocats qui m'appuient. Les avocats du ministère disent qu'il n'y a pas de problème. Doit-on attendre de se retrouver devant les

and have the regulations declared *ultra vires* rather than correcting the matter at a time when we still can now that the problem has been identified?

Senator Pépin: Passengers on cruise ships can pay an insurance premium. If passengers have insurance, then the insurance companies can pay for the expenses.

Mr. Bélanger: The Act says that insurance companies can theoretically make a claim against the ship's owner and recover the expenses. The act says that the owner of the ship is liable for these expenses. That is what we find so problematic.

Senator Pépin: Then the same thing could be required of all airline companies. I will attempt to go into the matter in greater depth, because at first, that was not my understanding when I read the section.

[English]

Senator Di Nino: Ms Sparling, your frustration in trying to have either the provincial or the federal authorities regulate your association stems from the fact that you believe that there are people who are practising, in effect, in this profession without qualifications and without the skills and knowledge to do a professional job. Is that the basis of your request?

Ms Sparling: There is a third group of people who enter into this unregulated profession simply to cause great distress to others by charging large fees and by providing services that are not legal.

Senator Di Nino: That leads me to an issue that has been dealt with, I believe, in the other place as well as by some critics over the last number of years: the patronage appointments to the IRB. There have been some suggestions that the system should be changed to create some sort of independent body that is independent of political patronage, which is now the vehicle used to appoint these people to such positions. Do you have any comment to make on that?

Ms Sparling: I have never really given it much thought. I spend so much energy trying to achieve OPIC's agenda that I do not wish to make any comments about a system of appointments that has been in place for so many years. Suffice it to say, I hope when patronage appointments are put forward some thought is given to the position that the person is named to and whether they have the necessary skills.

Senator Di Nino: In your dealings with the representatives at the IRB, have you found it to be a competent, efficient and capable group?

Ms Sparling: Senator, I am not the person to answer that question. My practice deals solely with skilled workers coming from overseas. I do not represent claimants before the IRB.

Senator Di Nino: The September 11 events have driven the discussions on Bill C-11. As one of my colleagues said, it is strange that they are both numbered 11. The bill deals with a much larger issue — one of immigration to Canada — which

tribunaux et faire déclarer des règlements *ultra vires* plutôt que de corriger, au moment où on le peut, le problème perçu?

Le sénateur Pépin: Le passager d'un bateau de croisière est capable de payer une prime d'assurance. Si les passagers ont des assurances, les compagnies d'assurance vont défrayer ces frais.

M. Bélanger: La loi dit que la compagnie d'assurance pourrait, théoriquement, se retourner contre le propriétaire du navire et réclamer ces frais. Il est dit dans la loi que le propriétaire du navire doit assumer les frais. C'est la raison pour laquelle cela nous embête autant.

Le sénateur Pépin: À ce moment, on pourrait exiger la même chose de toutes les compagnies d'aviation. Je vais tenter d'approfondir la question parce qu'au départ je ne lisais pas cet article de cette façon.

[Traduction]

Le sénateur Di Nino: Madame Sparling, vous voulez que les autorités provinciales ou fédérales réglementent votre association parce que vous estimez qu'il y a des personnes qui pratiquent cette profession sans avoir les compétences et les connaissances requises. Est-ce bien à cela que vous voulez remédier?

Mme Sparling: Il y a une troisième catégorie de personnes qui choisissent d'exercer cette profession non réglementée parce qu'elles souhaitent tout simplement facturer de gros honoraires à leurs clients et leur fournir des services qui ne sont pas conformes à la loi.

Le sénateur Di Nino: Cela m'amène à une question qui a déjà été abordée, je crois, dans l'autre endroit ainsi que par certains critiques depuis quelques années: la nomination des membres de la CISR en fonction de critères partisans. Certains ont soutenu qu'il fallait changer ce système et créer un organisme indépendant qui serait à l'abri des pressions partisans, le favoritisme politique étant de nos jours la façon dont sont nommés les membres de cet organisme. Avez-vous des commentaires à faire à ce sujet?

Mme Sparling: Je n'y ai jamais en fait beaucoup réfléchi. Je dépense tant d'énergie à essayer d'atteindre les objectifs de l'OPIC que je ne voudrais pas faire de commentaires sur un système de nomination qui existe depuis si longtemps. Je dirais simplement que j'espère que, lorsqu'on procède à des nominations politiques, on prend en considération le poste auquel est destiné le candidat envisagé et qu'on se demande s'il possède les compétences nécessaires.

Le sénateur Di Nino: Les rapports que vous avez eus avec des membres de la CISR vous ont-ils permis de déterminer s'ils étaient compétents, efficaces et capables?

Mme Sparling: Monsieur le sénateur, je ne suis pas en mesure de répondre à cette question. Je m'occupe uniquement des travailleurs spécialisés qui veulent émigrer au Canada. Je ne représente aucunement les revendicateurs qui sont entendus par la CISR.

Le sénateur Di Nino: Les événements du 11 septembre ont influencé l'examen du projet de loi C-11. Comme l'un de mes collègues l'a fait remarquer, il est étrange que l'on retrouve le chiffre 11 dans ces deux cas. Le projet de loi traite d'une

should not focus solely on the security issues and/or the refugee component of that.

In your opinion, does Bill C-11 address the issues and the needs for you and your organization, particularly in light of your own experiences, to encourage those from other parts of the world to come to Canada under that skilled worker's, business type of definition?

Ms Sparling: It is a difficult question to answer because much of the "how-to" will be encapsulated in regulation form, on which the drafting stage is not yet complete. We will not see them until the bill receives Royal Assent.

However, I do have a comment: right now, and for the past four or five years, the greatest impediment to people coming to Canada has been the three to four year processing times for most applications. It has been the inventory, or backlog, that the department has been experiencing for years that has been a real detriment. People do not want to wait for that amount of time.

The department, because of its lack of resources, both financial and personnel, have gone to a centralized system of processing for business applicants, which has not made any difference in the length of time. I would have to see the regulations, however, what we now must do is administratively shore up the department so that we can deliver the goods in a reasonable period of time, having due consideration for background checks and medical checks.

Senator Di Nino: We have heard over and over since we started these hearings that the problem is really one of resources, that the existing legislation, in effect, would allow the CIC to conduct business and that Bill C-11 may not add a great deal of authority or value. It really is a question of resources. Is this what you are saying?

Ms Sparling: Bill C-11 certainly gives the department many tools, but all the tools in the world cannot deliver the program. You need the resources to deliver what the bill is promising.

Senator Di Nino: Mr. Kurland has been nodding. Would you care to comment, Mr. Kurland?

Mr. Kurland: In light of the comments made to the question, I concur. Every indication based on forensic accounting performed at every overseas mission comes to the same conclusion: we have the rules and we have the tools, but without the resources, you cannot do the job adequately to protect either the integrity of the immigration program or to deliver what Canada needs for its future.

Ms Sparling: He is correct.

Senator LeBreton: That was the line of questioning that I planned to follow.

Bill C-11 provides for a massive overhaul of the Immigration Act. Under the current section 19, all of the provisions are there — minus the resources to deal with the problems of point of entry that now seem to have come to the fore because of the events of September 11.

question beaucoup plus vaste — celle de l'immigration au Canada — qui ne devrait pas être ramenée à une simple question de sécurité ou au seul cas des réfugiés.

- Pensez-vous que le projet de loi C-11 réponde aux problèmes que vous et votre organisme avez décelés, en particulier compte tenu de votre propre expérience, et qu'il encourage les immigrants à venir au Canada s'ils correspondent à la définition de travailleur spécialisé ou d'entrepreneur?

Mme Sparling: Il est difficile de répondre à cette question parce que de nombreux aspects de ce processus vont être définis par des dispositions réglementaires, qui n'ont pas encore de forme définitive. Nous ne verrons pas ces textes avant que le projet de loi n'ait reçu la sanction royale.

Je voudrais toutefois faire un commentaire: à l'heure actuelle, et depuis quatre ou cinq ans, le principal obstacle auquel font face les gens qui veulent venir au Canada vient du fait qu'il faut entre trois et quatre ans pour traiter la plupart des demandes. C'est l'accumulation des demandes que le ministère n'arrive pas à traiter dans un délai raisonnable qui constitue la principale lacune du processus. Les gens ne sont pas prêts à attendre aussi longtemps.

Faute de ressources, tant financières qu'en personnel, le ministère a choisi de centraliser le traitement de ces demandes, ce qui n'a pas raccourci les délais. Il faudrait que je voie le règlement; il faudrait toutefois renforcer la capacité administrative du ministère de façon à ce qu'il puisse traiter les demandes dans un délai raisonnable, en tenant compte de la nécessité de procéder à des examens médicaux et à la vérification des antécédents des candidats.

Le sénateur Di Nino: On nous a dit et répété depuis que nous avons commencé ces audiences que le problème est en fait un problème de ressources, que la loi en vigueur permettrait fort bien au CIC de jouer son rôle et que le projet de loi C-11 n'ajoute pas grand-chose. C'est en fait une question de ressources. Est-ce bien ce que vous dites?

Mme Sparling: Il est vrai que le projet de loi C-11 donne de nouveaux outils au ministère, mais ce n'est pas avec des outils que l'on peut mettre en oeuvre un programme. Il faut des ressources pour livrer ce que promet le projet de loi.

Le sénateur Di Nino: M. Kurland approuve. Voulez-vous ajouter quelques chose, monsieur Kurland?

M. Kurland: J'approuve les commentaires qui viennent d'être formulés. Toutes les études comptables qui ont été faites dans les missions à l'étranger en arrivent à la même conclusion: nous avons les règles qu'il faut, nous avons les outils, mais sans les ressources, il est impossible d'exercer nos responsabilités, de protéger l'intégrité de notre programme d'immigration et de répondre aux besoins du Canada dans ce domaine.

Mme Sparling: Il a raison.

Le sénateur LeBreton: Je voulais poser des questions sur cet aspect.

Le projet de loi C-11 modifie en profondeur la Loi sur l'immigration. Avec l'article 19 actuel, toutes les dispositions sont là, il manque les ressources qui permettraient de régler les problèmes qui se posent aux points d'entrée, aspect qui a pris de l'importance avec les événements du 11 septembre.

Ms Sparling, you spoke about people living abroad who deal with visas. Mr. Kurland, these officers overseas are non-Canadians who are locally employed and did number in the low 100s and now number approximately 1,300. Is that correct?

Mr. Kurland: At a minimum; in addition, the monthly malfeasance reports from Immigration Canada show an alarming consistent trend of bad things happening at our overseas missions, directly attributable to these locally engaged people. There have been RCMP investigations and criminal convictions which have involved losses of cash in the millions of dollars, bribery, missing visas and a parade of horrible events.

Senator LeBreton: We have questioned previous witnesses about authenticity of documents. Often, when refugees appear at our borders, they have no documents. Therefore, that would call into question the entire system of the authenticity of documents. If you must backtrack to try to authenticate a genuine refugee based on school or hospital records it would throw that into jeopardy, as well.

Mr. Kurland: It is a program integrity issue.

Senator LeBreton: Mr. Bélanger, in respect of the shippers, I find it rather astounding that you are expected to be responsible for people who are on your ship without your knowledge. When the bill was before the House of Commons, did you make these arguments?

Mr. Bélanger: We have been making these arguments repeatedly. We appeared before the House committee before the bill was introduced two years ago.

The House committee produced a report with many recommendations, basically none of which have appeared in the bill in terms of the suggestions that we are making.

Senator LeBreton: Were you given any reason? It seems that common sense should prevail. If you do not know people are there, how can you be responsible for them?

Ms Anne Legars, Director, Policy and Government Affairs, Shipping Federation of Canada: Actually we have come a long way because the shipping world is not well known amongst the population. Even members of Parliament ask us in committee, "What is the difference between your commercial ships and the ships that are bound for Canada with illegal immigrants?" We had to submit an additional brief to explain what commercial shipping was. Therefore, we really have come a long way.

Senator LeBreton: It is not very encouraging that our elected members of Parliament would not know the difference.

Ms Sparling, thus far in your efforts to deal with the issue of employees abroad, obviously there has been no provision anywhere that would have allowed you to get those locally hired people under the umbrella of your organization.

Madame Sparling, vous avez parlé des gens qui vivent à l'étranger et qui s'occupent des visas. Monsieur Kurland, ces agents qui travaillent à l'étranger ne sont pas des citoyens canadiens, ils sont embauchés localement et de quelques centaines, leur nombre est passé aujourd'hui à environ 1 300. Est-ce bien exact?

M. Kurland: C'est un minimum; en outre, les rapports internes d'Immigration Canada, préparés sur une base mensuelle, font ressortir une tendance inquiétante dans nos missions à l'étranger, qui est directement attribuable aux personnes embauchées localement. Il y a eu des enquêtes de la GRC et des condamnations pénales qui concernent des pertes d'argent représentant des millions de dollars, des pots-de-vin, des visas manquants et toute une série d'événements cauchemardesques.

Le sénateur LeBreton: Nous avons déjà interrogé des témoins au sujet de l'authenticité des documents. Bien souvent, les réfugiés qui arrivent à la frontière n'ont pas de documents. Cela remet en cause l'ensemble du système de vérification des documents. En outre, s'il faut utiliser des documents scolaires ou hospitaliers pour déterminer le bien-fondé d'une revendication du statut de réfugié, on risque de compromettre l'intégrité du processus.

M. Kurland: C'est une question qui touche l'intégrité de notre programme.

Le sénateur LeBreton: Monsieur Bélanger, pour ce qui est des navires, je trouve assez surprenant que vous soyez responsable des personnes qui se trouvent sur vos navires à votre insu. Avez-vous abordé cet aspect au moment où la Chambre des communes a examiné le projet de loi?

M. Bélanger: Nous avons présenté ces arguments à plusieurs reprises. Nous avons comparu devant le comité de la Chambre au moment où le projet de loi a été présenté, il y a deux ans.

Le comité de la Chambre a préparé un rapport contenant de nombreuses recommandations, mais aucune de celles qui touchaient les aspects que nous avons soulevés ne se trouve dans le projet de loi.

Le sénateur LeBreton: Vous a-t-on donné des explications? Il me semble que le bon sens devrait l'emporter. Comment peut-on être responsable de ces personnes, lorsqu'on ignore qu'elles sont là?

Mme Anne Legars, directrice, Politiques et affaires gouvernementales, Fédération maritime du Canada: En fait, nous avons fait beaucoup de chemin parce que les gens ne connaissent pas beaucoup ce qu'est le commerce maritime. Il y a même des députés qui nous ont demandé pendant les audiences «Quelle est la différence entre vos navires commerciaux et les navires qui amènent au Canada les immigrants illégaux?» Nous avons été obligés de présenter un mémoire supplémentaire pour expliquer ce qu'était le commerce maritime. Nous avons donc déjà fait beaucoup de progrès.

Le sénateur LeBreton: Il n'est pas très encourageant de constater que nos députés ne connaissent pas cette différence.

Madame Sparling, dans les efforts que vous avez déployés pour régler la question des employés embauchés à l'étranger, je pense qu'il n'existe aucune disposition qui vous aurait permis de faire relever ces personnes de votre organisation.

Ms Sparling: No, they are contract employees of the department overseas.

Senator LeBreton: Therefore, you would have no access and no controls.

Ms Sparling: No.

Mr. Kurland: This is the point. The early warning system, the control, not paid by the taxpayers, was at this appeal level. Lawyers were the early warning system. We knew within 30 days that something was up in an immigration file that was decided wrongly and quickly went to court, which caused an internal investigation at CIC and led to the removal or departure of the locally engaged employee. This bill takes away that warning system.

Senator Robertson: I wish to come back to something you said, Mr. Kurland. You mentioned a private document, or something that was circulated to staff. Repeat that again, please, and what is the end result?

Mr. Kurland: The document is referred to in the internal CIC materials that I have circulated. It means that when you apply as a skilled worker to come to Canada to live as a permanent resident, if you are an accountant, for example, you are required to know certain duties on a list of duties. The human resources people create the list of duties. The manual says that if the applicant has some or all of these duties, he or she is an accountant, and is in. The internal CIC document instructed the interpretation to be not "some or all." The applicant had to be everything on the list. If the immigration department had made that interpretation public, lawyers would not have filed applications to the Federal Court on the basis that the meaning of "some or all" means "some" or "all."

Ms Sparling: Not all.

Mr. Kurland: Not all. The materials before you today are CIC materials from CIC lawyers. Magically, the Federal Court tells CIC, "some or all" means "some" or "all." That accounted for the 300 or 400 extra court cases going into the system. We are talking about 60,000 skilled worker applicants, and the people who went to court to protect their rights numbered in the low 100s. Until the Federal Court made up its mind and determined that "some or all" in fact meant "some" or "all," you had to file in Federal Court to protect your client. That is why suddenly there is a spike from 300 to 800 cases in 60,000 a year — which over five years would be 300,000 cases. It went up 500 cases. For that reason an early warning system for malfeasance is being taken away. That is incredible.

Mme Sparling: Non, ce sont des contractuels embauchés à l'étranger par le ministère.

Le sénateur LeBreton: Par conséquent, vous n'avez donc pas accès à ces personnes et vous n'exercez aucun contrôle sur elles.

Mme Sparling: Non.

M. Kurland: C'est de là que vient le problème. Le système de détection avancée, le contrôle, qui n'était pas à la charge des contribuables, se situait au niveau de l'appel. Les avocats constituaient le système de détection avancée. Nous savions dans les 30 jours qu'il y avait un problème avec un dossier d'immigration dans lequel on avait commis une erreur et qui avait été soumis aux tribunaux, ce qui déclenchait une enquête interne du CIC et débouchait sur le renvoi ou le départ d'un employé embauché localement. Le projet de loi supprime ce système de détection.

Le sénateur Robertson: J'aimerais revenir sur quelque chose que vous avez dit, monsieur Kurland. Vous avez parlé d'un document privé qui avait été distribué aux membres du personnel. Pourriez-vous me répéter cela et me dire ce qu'il en est résulté?

M. Kurland: Ce document est mentionné dans les documents internes du CIC que je vous ai distribués. Cela veut dire que la personne qui souhaite s'établir au Canada à titre de résident permanent dans la catégorie des travailleurs spécialisés doit, si cette personne est comptable, être capable d'exercer un certain nombre de tâches qui figurent sur une liste. Ce sont les gens des ressources humaines qui établissent ces listes de tâches. D'après le manuel, si l'auteur de la demande est en mesure d'exercer un certain nombre de ces tâches ou toutes ces tâches, s'il est comptable, il a le droit d'entrer au Canada. Le document interne du CIC demandait aux employés d'interpréter cette condition en exigeant que l'auteur de la demande soit en mesure d'effectuer toutes les tâches figurant sur la liste. Si le ministère de l'immigration avait publié cette interprétation, les avocats n'auraient pas présenté de demandes à la Cour fédérale en soutenant que l'expression «certaines ou toutes» les conditions voulait dire «certaines» ou «toutes» les conditions.

Mme Sparling: Et non toutes les conditions.

M. Kurland: Pas toutes les conditions. Les documents qui vous ont été remis ont été préparés par des avocats du CIC. De façon magique, la Cour fédérale a signalé au CIC que l'expression «certaines ou toutes» les conditions voulait dire «certaines» conditions ou «toutes» les conditions. Cela correspond aux 300 ou 400 affaires supplémentaires qui ont été soumises à ce tribunal. Nous parlons de près de 60 000 demandes dans la catégorie des travailleurs professionnels, et les gens qui saisissent cette cour pour protéger leurs droits ne sont que quelques centaines. Avant que la Cour fédérale déclare que «certaines ou toutes» les conditions voulaient dire effectivement «certaines conditions» ou «toutes les conditions», il fallait présenter une demande à cette cour pour protéger nos clients. C'est ce qui est expliqué la brusque augmentation qui a été enregistrée, le nombre des affaires passant de 300 à 800 sur 60 000 demandes par an, ce qui représente sur cinq ans 300 000 dossiers. Le nombre des appels est passé à 500. C'est la raison pour laquelle on supprime un système de détection avancée des erreurs. Cela est incroyable.

Ms Sparling: If I could interject, senator, one of the other reasons that it spiked was that no longer could you informally protest a decision that clearly contained an error of law. Correspondence simply was not answered. No one would discuss it with you. You had no choice but to go to Federal Court to get your client's case back on track. That right is now being severely restricted.

Senator Robertson: On page 2, you say that it has been determined that at least 50 foreign based terrorist groups have representation in Canada. How long have the authorities known that?

Mr. Kurland: Senator, this is not my statement. This is the statement from the Department of Citizenship and Immigration headquarters, case management, March 23, 1999, originator, Diane Desrosiers. This is an internal CIC document. CIC has known at least since March 23, 1999 of the existence of some 50 foreign based terrorist groups with representation in Canada.

The Chairman: It is also my understanding that the number 50 appears in the CSIS annual report.

Senator LeBreton: Certainly when I was on the committee that Senator Kelly chaired on security and intelligence, I believe that number appeared in the documentation of that committee as well.

Mr. Kurland: Senators, this is why it is so important now to underscore to our friends south that we, in Canada, are not blind. We are aware. I would bet — and you will hear later on from a very good witness who was in the service of Canada for many years, Mr. Collacott — that these people are living in a goldfish bowl, an electronic goldfish bowl at times. We know with whom they talk, when, and the substance of their conversations. That will be picked up within an hour.

Senator Cook: Mr. Kurland, you mentioned the integrity of local visa personnel. Do you have, or is it included in the documentation, any evidence or information to support that?

Mr. Kurland: Indeed, senator. Today, I cannot anticipate all questions, but I will provide that by fax on my return to Vancouver tonight. You will have on your desk tomorrow morning the internal malfeasance reports from the Department of Citizenship and Immigration outlining in detail the number of investigations and what they were for, their conclusions, when charges were laid and the outcomes. It was obtained under the Access to Information Act of Canada.

Senator Cook: Mr. Chairman, perhaps that could be forwarded to the clerk.

The Chairman: I thank the four of you for coming. We appreciate your time.

Ms Sparling, please think about that approach to your problem.

Our next panel is unusual for two reasons: partly because it has five people and partly because the five people have all had distinguished careers as Canadian public servants.

Mme Sparling: Si vous me permettez d'intervenir, sénateur, cette brusque montée s'explique également par le fait qu'il était impossible de critiquer, de façon non officielle, une décision qui contenait manifestement une erreur de droit. Vos lettres demeuraient sans réponse. Personne ne voulait vous parler. La seule solution était de saisir la Cour fédérale pour que soit repris l'examen du dossier de votre client. Ce droit est maintenant gravement restreint.

Le sénateur Robertson: À la page 2, vous dites qu'on a constaté qu'il y avait au moins 50 groupes terroristes étrangers qui étaient représentés au Canada. Cela fait combien de temps que les autorités sont au courant?

M. Kurland: Monsieur le sénateur, ce n'est pas moi qui ai fait cette déclaration. Elle a été faite par le service de gestion des cas du ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration, administration centrale, le 23 mars 1999 par Diane Desrosiers. C'est un document interne du CIC. Le CIC connaît au moins depuis le 23 mars 1999 qu'il existe une cinquantaine de groupes terroristes étrangers qui sont représentés au Canada.

Le président: Je crois également savoir que l'on retrouve ce chiffre de 50 groupes dans le rapport annuel du SCRS.

Le sénateur LeBreton: Lorsque je faisais partie du Comité de la sécurité et du renseignement que présidait le sénateur Kelly, je pense que ce chiffre figurait également dans les documents de ce comité.

M. Kurland: Sénateurs, c'est la raison pour laquelle il est si important de bien expliquer à nos amis du Sud que les Canadiens ne sont pas aveugles. Nous savons ce qui se passe. Je suis prêt à parier, et vous allez entendre tout à l'heure un témoin très compétent qui a travaillé au gouvernement pendant de nombreuses années, M. Collacott, que ces personnes vivent dans un aquarium, un aquarium électronique pourrait-on dire. Nous savons avec qui ils parlent, à quel moment ils le font et ce qu'ils disent. Nous le savons en moins d'une heure.

Le sénateur Cook: Monsieur Kurland, vous avez parlé de l'intégrité des agents des visas locaux. Avez-vous des éléments qui appuient votre affirmation ou y en a-t-il dans vos documents?

M. Kurland: Certainement, sénateur. Je n'ai pas prévu toutes les questions que l'on allait nous poser mais je vais vous envoyer cela par télécopie lorsque je serai revenu à Vancouver ce soir. Vous aurez demain matin sur votre bureau les rapports internes du ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration qui décrivent en détail le nombre des enquêtes effectuées, le sujet de ces enquêtes, leurs conclusions, les accusations portées et les résultats. Tout cela a été obtenu en vertu de la Loi canadienne sur l'accès à l'information.

Le sénateur Cook: Monsieur le président, il serait peut-être bon que cela soit transmis à la greffière.

Le président: Je vous remercie tous les quatre d'être venus. Nous vous remercions d'avoir donné de votre temps.

Madame Sparling, je vous invite à réfléchir à cette façon d'aborder votre problème.

Notre prochain groupe de témoins est inhabituel pour deux raisons: en partie, parce qu'il est composé de cinq personnes et en partie, parce que ces cinq personnes ont toutes fait des

I would ask Mr. Fairweather, Mr. Manion, Mr. Bauer, Mr. Collacott, and Mr. Bissett to come forward.

Honourable senators, for some of us, like me, this is very much a déjà vu element since Mr. Manion was the first minister I met in Ottawa in 1974 when he was Secretary of the Treasury Board. Ultimately he was Clerk of the Privy Council.

Mr. Fairweather is known to all of us, originally as a member of Parliament and as the first chair of the Immigration and Refugee Board. The other three members of the panel have all represented this country abroad in some very difficult places. Mr. Collacott has been ambassador to Lebanon, Syria, and Cambodia and high commissioner to Sri Lanka. Mr. Bauer has been ambassador to Thailand, Burma, Laos and South Korea and was also a member of the IRB for a while. Mr. Bissett has been in Yugoslavia, Trinidad and Tobago, Yugoslavia, Bulgaria and Albania and he worked in Moscow helping the Russians set up an immigration department.

May I say to all of you that the wealth of experience you represent is awesome, frankly. We are absolutely delighted to have you here.

I know some members of the panel want to make an opening statement. We will go through those and then turn to questions for the group as a whole.

Can we begin, Mr. Fairweather, with your opening statement? Thank you very much for coming up from New Brunswick for the day.

Mr. Gordon Fairweather: Honourable senators, I appreciate this opportunity. Probably these wonderful people will have more important things to say than I have, however. I have a couple of points.

First, the chairmanship of the IRB was and remains a high point in my life in Ottawa. I could give a rather eloquent statement of what our country has stood for. I am nervous now that some people abroad in the land are capitalizing on the events of September 11 and from that could come Constitutional, even notwithstanding clauses to revoke one of the important decisions of our Supreme Court, namely *Singh*.

To remind senators, three people decided the *Singh* case, two of whom later became chief justices. One was Chief Justice when it was heard, Chief Justice Dixon. It was written by Justice Bertha Wilson. It was agreed to by Justice Lamer. Interestingly enough, three other judges reached the same conclusion, but used the Bill of Rights.

In both cases, the elements of which they were reminding us were the fundamental justice aspect of the most important political event in this country in two or three generations, the Charter of Rights and Freedoms. I find it passing strange that anyone would suggest that this country use the notwithstanding

carrières prestigieuses au sein de la fonction publique canadienne.

Je vais donc demander à MM. Fairweather, Manion, Bauer, Collacott et Bissett de prendre place.

Sénateurs, il y a là pour certains d'entre nous, comme moi, un élément de déjà vu puisque M. Manion est le premier ministre que j'ai rencontré à Ottawa en 1974; il occupait à l'époque le poste de Secrétaire du Conseil du Trésor. Il a été par la suite greffier du Conseil privé.

Nous connaissons tous M. Fairweather, au départ comme député et ensuite, comme premier président de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié. Les trois autres membres de ce groupe ont tous représenté notre pays dans des postes assez délicats. M. Collacott a été ambassadeur au Liban, en Syrie et au Cambodge et haut-commissaire au Sri Lanka. M. Bauer a été ambassadeur en Thaïlande, en Birmanie, au Laos et en Corée du Sud; il a également été membre de la CISR pendant quelque temps. M. Bissett a été en Yougoslavie, à Trinidad-et-Tobago, en Yougoslavie, en Bulgarie et en Albanie; il a également travaillé à Moscou pour aider les Russes à mettre sur pied un ministère de l'Immigration.

Permettez-moi de vous dire que vous représentez à vous tous une expérience d'une très grande richesse. Nous sommes tout à fait ravis que vous soyez ici.

Je sais que certains membres de votre groupe veulent faire un exposé préliminaire. Nous allons donc les écouter et nous adresserons ensuite nos questions à tous les membres du groupe.

Monsieur Fairweather, voulez-vous présenter votre exposé? Je vous remercie d'être venu du Nouveau-Brunswick pour passer la journée ici.

M. Gordon Fairweather: Sénateurs, je suis heureux de pouvoir prendre la parole aujourd'hui. Je pense que les autres témoins vont parler de choses plus importantes que celles que je vais aborder mais je vais néanmoins formuler quelques observations.

Tout d'abord, je dirais que la présidence de la CISR a été un des sommets de ma carrière à Ottawa. Je pourrais vous faire un discours assez éloquent sur la position qu'a adoptée notre pays. Je suis inquiet de voir qu'il y a des gens à l'étranger et ici qui s'appuient sur les événements du 11 septembre pour modifier l'application de notre Constitution, et même pour utiliser la clause nonobstant, dans le but d'annuler une des grandes décisions de notre Cour suprême, à savoir l'arrêt *Singh*.

Je rappellerai aux sénateurs que l'affaire *Singh* a été décidée par trois personnes, dont deux sont devenues ensuite juges en chef. Le premier était le juge en chef à l'époque où la cause a été entendue, c'était le juge en chef Dixon. La décision a été rédigée par Mme le juge Wilson. Le juge Lamer y a souscrit. Il est intéressant de noter que trois autres juges sont arrivés à la même conclusion mais en s'appuyant sur la Déclaration canadienne des droits.

Dans les deux cas, ils nous ont rappelé l'importance de la notion de justice fondamentale, un principe énoncé dans la Charte des droits et libertés, qui représente l'événement politique marquant des deux ou trois dernières générations. Je dirais en passant que je trouve quelque peu étrange que l'on puisse

clause. If I say nothing else, the large amount of money that the Crown is paying to bring me here and return me to New Brunswick today on short notice will have been worth it.

I have the *Singh* decision. I do not keep a library of all the things that happened however, the IRB's very foundation was based on the decision of that marvellous Canadian, Justice Bertha Wilson.

I wish to mention that I have a fairly good person on my side on this, namely, the Prime Minister of Canada, who was my minister when I chaired the Human Rights Commission. Jean Chrétien said that the Government of Canada would not invoke the notwithstanding clause. All your researchers can look that up. It gave those of us who were charter advocates great comfort. I do not suspect for one moment that he could be persuaded to change his mind. If there is anything I could do to keep him on track, I would.

The *Singh* decision said that fundamental justice was in the Charter and in the Bill of Rights. We have now adopted the American language "due process," which is not known in our law. Fundamental justice is known and that was the principle that those six judges upheld. Fundamental justice means that everyone is entitled to a hearing — and not a paper hearing.

I have a good deal of respect for the former minister, Lloyd Axworthy. He started a process but the court found — and this could not be the first time that ever happened in Ottawa — that the paper hearing held under the old Immigration Act was sufficient. Our court said no, people are entitled to be seen and heard, hence *Singh*.

The next government proposed the Immigration and Refugee Board. It was a tremendous privilege for me to lead it. It is the largest administrative board in the country. The members — and I am plugging them now — undergo the most extensive training of any board members. I defy anyone to argue otherwise. They have been subject to a good deal of bum raps about what they do.

The Chairman: I will say, Mr. Fairweather, that you are talking to a group of people who absolutely know what a bum rap is.

Mr. Fairweather: I come from that delicate province where such things might not ever be mouthed.

Part of the dilemma that you senators face is that every day there is another horrendous story. If you read the story in the front page of today's *Ottawa Citizen*, what did these much-maligned members of the IRB do but turn down the claim. Everywhere I went colleagues questioned why there were not deportations. We must go through this hearing and then nothing happens.

proposer à notre gouvernement d'utiliser la clause nonobstant. Si je me limitais à la déclaration que je viens de faire, je pourrais dire que l'indemnité que la Couronne m'a versée pour que je vienne ici et retourne au Nouveau-Brunswick aujourd'hui n'a pas été dépensée en vain.

J'ai l'arrêt *Singh* avec moi. Je ne garde pas tous les documents qui m'intéressent mais je dirais que la CISR repose en fait sur la décision qu'a rendue cette Canadienne remarquable qu'est la juge Bertha Wilson.

Je tiens à mentionner qu'il y a quelqu'un d'assez capable qui m'appuie sur ce point, à savoir, le premier ministre du Canada, qui était le ministre dont je relevais lorsque j'étais président de la Commission des droits de la personne. Jean Chrétien a déclaré que le gouvernement du Canada n'utiliserait pas la clause nonobstant. Vos chercheurs peuvent vérifier cela. Cette déclaration a grandement rassuré les défenseurs de la Charte. Je ne crois pas qu'il soit possible de le convaincre de changer d'idée. Si je pouvais faire quelque chose pour l'amener à respecter sa promesse, je le ferais.

La Cour suprême a déclaré dans l'arrêt *Singh* que la notion de justice fondamentale se trouvait dans la Charte et dans la Déclaration des droits. Nous avons maintenant adopté l'expression américaine «régularité procédurale», qui n'existait pas avant dans notre droit. La justice fondamentale est un principe que nous connaissons et c'est ce principe que les six juges ont réaffirmé. La justice fondamentale exige que l'on accorde une véritable audience, pas une audience sur papier, à toute personne concernée.

J'ai beaucoup de respect pour l'ancien ministre, M. Lloyd Axworthy. Il a commencé quelque chose mais le tribunal a déclaré, et ce n'était certainement pas la première fois que cela se produisait à Ottawa, que l'instruction sur dossier prévue par l'ancienne Loi sur l'immigration était suffisante. Notre cour a déclaré que non, que les gens avaient le droit d'être vus et entendus, d'où l'arrêt *Singh*.

Le gouvernement suivant a proposé la création de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié. Cela a été un grand honneur pour moi de diriger cette commission. C'est la commission administrative la plus importante du Canada. Ses membres, et je vais en dire du bien maintenant, reçoivent la meilleure formation que l'on donne à des membres de ce genre de commission. Je défie quiconque de soutenir le contraire. On les a souvent accusés à tort de toutes sortes de choses.

Le président: Je peux vous dire, monsieur Fairweather, que vous parlez à un groupe de personnes qui savent très bien ce que c'est que de se faire accuser à tort.

M. Fairweather: Je viens d'une province très sensible où l'on ne peut même pas dire ce genre de choses.

Une partie du dilemme dans lequel vous, les sénateurs, vous trouvez vient du fait qu'on publie tous les jours des histoires d'horreur. Si vous lisez l'article qui se trouve à la une du *Ottawa Citizen* d'aujourd'hui, vous pourrez lire que des membres très critiqués de la CISR ont encore rejeté une revendication. Mes collègues me demandaient toujours pourquoi l'on n'expulsait pas ces gens. Nous sommes obligés de tenir une audience mais cela ne donne aucun résultat.

The Department of Citizenship and Immigration has staff, especially on the immigration side, that I have found extraordinarily able. They welcome between 200,000 and 250,000 people to this country every year. Statistics would tell you that the IRB deals with perhaps about 12,000 per year, perhaps a little less now.

A wonderful aspect of all of this is that our government enters the refugee camps across the world. There is a designated program for government sponsors. We all have them in our own communities.

We must be careful not to be so caught up in the present agony that fundamental changes are made to the very system that makes us the country we are in the world.

We have had evidence, or watched with some horror, failings in the criminal justice system. We do not for one minute say "notwithstanding the protection contained in the Charter," do we? We try to rally under the Department of Justice and the judicial system and go on from there.

My colleagues at the IRB are embarrassed and humiliated when decisions they take saying "no" are not carried through to deportations. On the other hand, deportations are very difficult, particularly at times, as I understand it, of severe budgetary restraint and quite substantial reduction in staff.

There are ministers and ambassadors to my right and left who will be bellowing and thundering in a minute.

I do not see how immigration can function if CSIS and the RCMP withhold information. I hope this is something honourable senators will be able to say: it is quite unacceptable that CSIS and the RCMP engage in turf wars, while the people who are sponsoring or approving immigration and advising our government to sponsor refugees are not spoken to by the very security people that we employ for that purpose.

I have seen, as I am sure senators have as well, people confuse national security with their own little bailiwicks. National security can become clandestine and secret. I was once told that our judiciary could not be given secrets because these individuals were not cleared up to the right "altitude."

How can an immigration officer in Hong Kong function if the very people who are charged with this responsibility, too often, do not speak?

You have been very patient. I am not running away as there will be perhaps some questions and dumping. Dump away. I am able to be dumped on now that I am retired.

Mr. Martin Collacott: Honourable senators, the events of September 11 have major implications for both the refugee protection and the immigration provisions of Bill C-11. In my view, both of these sections are profoundly inadequate in terms of serving the interests of Canada. The events of September 11 have brought out these inadequacies in different ways.

Le ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration a un personnel, en particulier du côté de l'immigration, qui m'a paru extrêmement compétent. Ces fonctionnaires accueillent au Canada tous les ans entre 200 et 250 000 personnes. Les statistiques vous diraient que la CISR s'occupe d'environ 12 000 dossiers par an, peut-être un peu moins maintenant.

Il y a aussi une chose extraordinaire, c'est que notre gouvernement se rend dans les camps de réfugiés. Il existe un programme qui prévoit la prise en charge de réfugiés par le gouvernement. Il y en a dans toutes les collectivités.

Il faudrait éviter de se laisser obnubiler par le drame actuel et réagir quand même aux changements fondamentaux que l'on est en train d'apporter au système qui a fait du Canada ce qu'il est aujourd'hui.

Il y a eu des erreurs judiciaires dont certaines étaient épouvantables. Nous n'avons cependant jamais pensé qu'il fallait dire «nonobstant la protection accordée par la Charte», n'est-ce pas? Nous nous en remettons au ministère de la Justice et au système judiciaire pour remédier à la situation.

Mes collègues de la CISR sont mortifiés lorsqu'ils rejettent une demande et que la personne visée n'est pas expulsée. Par contre, il est très difficile d'expulser les demandeurs d'asile, en particulier à un moment où, d'après ce que je sais, les fonds et le personnel sont gravement réduits.

Il y a des ministres et des ambassadeurs à côté de moi qui vont réagir très vivement dans un moment.

Je ne vois pas comment l'immigration peut jouer son rôle lorsque le SCRS et la GRC refusent de lui fournir les renseignements dont le ministère a besoin. J'espère que les honorables sénateurs seront en mesure de dire ceci: il est tout à fait inacceptable que le SCRS et la GRC se livrent à une guerre de territoire, et que les gens qui s'occupent d'immigration et conseillent à notre gouvernement de prendre en charge des réfugiés ne peuvent communiquer avec les responsables de la sécurité que nous employons pour faire ce travail.

J'ai déjà constaté, et je suis sûr que les sénateurs l'ont fait également, qu'il y avait des gens qui confondent la sécurité nationale et leur petit territoire. La sécurité nationale peut devenir une chose clandestine et secrète. On m'a déjà dit que l'on ne pouvait communiquer certains secrets à nos juges parce qu'ils n'étaient pas titulaires d'une habilitation de sécurité suffisante.

Comment l'agent d'immigration qui se trouve à Hong Kong peut-il faire son travail si les gens qui sont chargés de cet aspect refusent de lui communiquer les renseignements dont il a besoin?

Vous avez été très patients. Je ne m'en vais pas car il y aura peut-être des questions et des critiques. Ne vous gênez pas, vous pouvez me critiquer maintenant que je suis à la retraite.

M. Martin Collacott: Honorables sénateurs, les événements du 11 septembre vont avoir de graves répercussions sur les dispositions du projet de loi C-11 qui portent sur la protection des réfugiés et sur l'immigration. J'estime que ces dispositions sont tout à fait insuffisantes car elles ne servent pas les intérêts du Canada. Les événements du 11 septembre ont fait ressortir ces lacunes de diverses façons.

First is the question of international terrorists entering and remaining in our territory. That is of particular interest to me because one of my jobs at headquarters was Director General for Security Service. I was responsible for coordination of counterterrorism policy.

The U.S. clearly has huge problems of its own in dealing with this situation, as the hijackers all got into the United States and had been there some time. However, Canada also has major problems, as you have probably already been told. The director of CSIS spoke to a special committee of the Senate in June, 1998. He said that his agency was investigating 50 organizational and 350 individual terrorist targets. Canada was probably second only to the United States in terms of the number of international terrorist groups in its territory. We cannot become, through inaction or otherwise, what might be called an unofficial state sponsor of terrorism, which is pretty strong wording. Our policies concerning refugees and immigrants make us particularly vulnerable to terrorist influence and activities. The *Ahmed Ressam* case and other trials in the U.S. made it clear not only that there was an extensive network of Islamic terrorists in Canada, but that most, if not all, of them came in as refugee claimants.

I might add that our knowledge of this problem goes back a long way. In the 1980s, when I was director general, I proposed that we try to have legislation against funding of terrorism. Joe Clark signed my letter and sent it to his counterpart. Barbara McDougall signed the follow-up letter. There was absolutely no interest whatsoever in this issue.

The new legislation does contain some limited improvements. For example, security checks will be done much earlier in the process for refugee claimants. However, it will fall far short of dealing effectively with the shortcomings.

The Auditor General of Canada, in December 1997, made a scathing critique of the refugee determination system. He cautioned against making patchwork changes. He said it needs a thorough review. However, few of the deficiencies he noted have been dealt with effectively in the new legislation. This will not meet either our security concerns or those of the United States.

In my written brief, which I will not have time to go through in detail, I make some specific suggestions. The essential element, though, is that no refugee claimant should be released into Canadian society until we are reasonably certain that the individual does not pose a security threat and is a genuine refugee according to the UN convention.

This would involve making many people apply in safe third countries through which they came where they could have claimed asylum or made their claim to us. We took over 10,000 people last year from overseas. There will be some people we

Il y a d'abord le fait que les terroristes internationaux peuvent entrer au Canada et y demeurer. C'est un aspect qui m'intéresse particulièrement parce qu'une de mes tâches à l'administration centrale était celle de directeur général du service de sécurité. J'étais chargé de la coordination de la lutte contre le terrorisme.

Il est évident que les États-Unis ont également connu de grosses difficultés sur ce point, puisque les pirates de l'air sont tous entrés aux États-Unis et y sont demeurés un certain temps. Le Canada connaît toutefois lui aussi de graves problèmes, comme on vous l'a sans doute déjà dit. Le directeur du SCRS a comparu devant un comité spécial du Sénat en juin 1998. Il a déclaré que son organisme faisait enquête sur 350 terroristes et sur 50 groupes terroristes. Le Canada se place probablement au second rang, juste derrière les États-Unis, pour ce qui est du nombre des groupes terroristes internationaux se trouvant sur son territoire. Il faut absolument éviter qu'à cause de notre inaction ou autrement, on puisse dire que le Canada appuie le terrorisme, ce qui est une accusation assez grave. Les politiques que nous avons adoptées à l'égard des réfugiés et des immigrants nous placent dans une situation particulièrement vulnérable pour ce qui est des activités terroristes et de l'influence que ces groupes peuvent exercer. L'affaire *Ahmed Ressam* et les autres procès qui ont lieu aux États-Unis indiquent clairement qu'il existait au Canada un réseau de terroristes islamiques très développé mais aussi que la plupart des membres de ces réseaux, sinon tous, sont entrés en qualité de revendicateur du statut de réfugié.

J'ajouterais que cela fait longtemps que nous sommes au courant de ce problème. Au cours des années 80, au moment où j'étais directeur général, j'ai proposé d'adopter des mesures législatives pour empêcher le financement du terrorisme. Joe Clark a signé ma lettre et l'a envoyée à son homologue. Barbara McDougall a signé la lettre de suivi. Cette question n'intéressait absolument personne à l'époque.

Le projet de loi apporte toutefois certaines améliorations limitées. Par exemple, les vérifications de sécurité vont être effectuées beaucoup plus tôt dans le traitement des demandes présentées par les réfugiés. Il demeure toutefois que ce projet de loi sera loin de régler toutes les lacunes.

En décembre 1997, le vérificateur général du Canada a vivement critiqué notre système d'examen des revendications de réfugié. Il nous a mis en garde contre l'idée d'adopter des mesures ponctuelles. Il a déclaré qu'il fallait complètement revoir le système. Malgré tout cela, ce projet de loi ne comble que quelques-unes des lacunes qui avait été signalées. Il ne va pas supprimer nos préoccupations en matière de sécurité, ni celles des États-Unis.

Je présente quelques suggestions précises dans mon mémoire, que je n'aurai pas le temps de passer en revue en détail. L'élément essentiel est qu'on ne devrait jamais libérer dans la société canadienne un demandeur de statut, tant qu'on n'est pas raisonnablement sûr que cette personne ne constitue pas une menace pour la sécurité et qu'elle est véritablement un réfugié au sens de la convention de l'ONU.

Il faudrait obliger beaucoup de gens à présenter leur demande dans des tiers pays sûrs où ils auraient pu demander l'asile politique ou nous présenter une demande. Nous avons accueilli l'année dernière plus de 10 000 personnes venant de l'étranger.

will have to detain. This costs money, but in the long term the costs will be much less than what it is costing us now.

Some people claim that we are already tougher than the United States. That is simply not so. I can go into detail on what some of the points are.

We have shown that we are overwhelmingly more generous than the Americans. We take 60 per cent of the claimants that we process. The U.S. takes only around 20 per cent. On a per capita basis we accept several times more refugees than are accepted by America. The long lineups of people at the border who cannot get refugee status in the United States but can in Canada indicates which country is more generous.

The most comprehensive analysis of these problems was contained in a book on refugee and immigration law, published last year by John Munro and Charles Campbell.

We will get some strong objections from refugee lawyers and advocates. I notice quite a number of them are making representations to you. One of their arguments will be that the necessary laws for dealing with this are already on the books or will be on the books in the new legislation. That is not so. One of the strongest arguments — and in a way it was reflected in Mr. Fairweather's statement — is that the measures that I would propose would deprive people who come to Canada of fundamental justice by denying a judicial review of decisions not in their favour.

In a perfect world, and in a lawyer's paradise, all unfavourable decisions could be appealed before a court. Ours, however, is not a perfect world. We have hundreds of thousands of people who want to come to Canada every year. It must be stressed that we are not the only country that takes immigrants or refugee claimants, most of whom travel through other countries where they could have claimed refugee status. We must simply accept the fact that the vast majority of decisions, including final decisions, must be made at the administrative level and without judicial review. We simply do not have the resources to put in all the legal bells and whistles and judicial reviews that lawyers would like.

Again, there are other countries that take immigrants and other countries that take refugees. The idea that there should be any number of judicial reviews is simply not realistic.

Other arguments are used to shut down the debate, such as that those who want to make fundamental changes are racist because most of the claimants are visible minorities, or that we lack compassion or are not prepared to meet our international obligations. All of these have been used to shut down the debate, sometimes on immigration as well as refugee issues.

With respect to immigration, it is doing even more damage in the long term to Canada than our refugee determination system. In my brief, I give details on why the government's claims about the economic and demographic benefits of the current

Il y a toujours des gens qu'il faut détenir pendant un certain temps. Cela coûte de l'argent mais à long terme, cela coûte beaucoup moins cher que ce que cela nous coûte aujourd'hui.

Certains prétendent que nous sommes plus stricts que les États-Unis. Cela n'est pas le cas. Je peux vous mentionner quelques aspects qui le montrent.

Nous avons démontré que nous étions beaucoup plus généreux que les Américains. Nous acceptons 60 p. 100 des demandes alors que les États-Unis n'en acceptent qu'environ 20 p. 100. Nous acceptons beaucoup plus de réfugiés par habitant que ne le font les Américains. Les personnes qui attendent à la frontière parce qu'elles ne peuvent obtenir le statut de réfugié aux États-Unis et qu'elles peuvent l'obtenir au Canada montrent bien quel est le pays le plus généreux.

L'analyse la plus complète de ces problèmes que je connaisse est celle que l'on trouve dans un livre sur le droit des réfugiés et de l'immigration qui a été publié l'année dernière par John Munro et Charles Campbell.

Nous ferons face à l'opposition des avocats d'immigration et des défenseurs des droits des émigrés. Je note que vous allez entendre un grand nombre de ces personnes. Ils vont vous dire que nous avons déjà les lois dont nous avons besoin, ou que ces dispositions seront en place si l'on adopte le projet de loi. Ce n'est pas le cas. Un de leurs meilleurs arguments, et dans une certaine mesure cela ressort de l'exposé de M. Fairweather, est que les mesures que je propose auraient pour effet de refuser aux personnes qui viennent au Canada le droit à la justice fondamentale parce qu'elles suppriment le contrôle judiciaire des décisions défavorables.

Dans un monde idéal, et dans le paradis des avocats, toutes les décisions défavorables pourraient être portées en appel. Mais nous ne vivons pas dans un monde idéal. Il y a des centaines de milliers de personnes qui veulent venir au Canada chaque année. Il faut insister sur le fait que nous ne sommes pas le seul pays à recevoir des immigrants ou des demandeurs de statut, parce que la plupart d'entre eux passent par des pays où ils pourraient fort bien demander le statut de réfugié. Il faut tout simplement accepter le fait que la grande majorité des décisions, y compris les décisions définitives, doivent être prises au niveau administratif, sans possibilité d'être révisées. Nous n'avons tout simplement pas les moyens de nous payer tous ces jouets juridiques et tous les recours que les avocats voudraient avoir.

Là encore, il y a d'autres pays qui acceptent les immigrants et les réfugiés. L'idée d'accorder plusieurs recours judiciaires n'est pas réaliste.

On utilise également d'autres arguments pour clore le débat: on dit que ceux qui veulent modifier fondamentalement notre politique sont des racistes parce que la plupart des demandeurs de statut appartiennent à des minorités visibles ou que nous manquons de compassion et que nous ne sommes pas disposés à respecter nos obligations internationales. Tous ces arguments ont été utilisés pour étouffer ce débat, qui portent autant sur l'immigration que sur les réfugiés.

Pour ce qui est de l'immigration, nos politiques ont des effets à long terme qui sont encore plus pernicieuses que notre système de reconnaissance du statut de réfugié. Je fournis dans mon mémoire des éléments qui démontrent que les affirmations du

immigration program and the proposed legislation are without foundation. They are in conflict with the results of its own research. One of the areas I believe should be of particularly great concern to us is the impact that current policies may have on seriously undermining the spirit of tolerance and widespread acceptance and, indeed, celebration that most Canadians have of diversity.

We have nurtured and developed this spirit over the last few decades and we have set an example to the world in which ethnic conflict has become the norm rather than the exception over the years. I am proud to be part of that example. My wife is an immigrant from Asia, and our two sons reflect the new Canada.

However, it is becoming increasingly clear that we are placing these achievements in jeopardy because of ill-considered immigration policies based very much on the part of lobbying by special interest groups and attempts by political parties to get votes in the next election.

Under our present policies little or no account is taken of the extent to which Canadian society is able to absorb the number of new immigrants who come to Canada nor how well equipped they are to adapt to Canadian society. The government has shown little inclination to determine whether serious strains and tensions are developing, although the need for it to do so is clearly outlined in some of its own papers, which are listed in my brief.

I have been expressing concern for some years about the potential of current policies to create a negative response to immigrants, particularly visible minority immigrants. The despicable acts against members of our Muslim, Sikh and Hindu communities after September 11 is only the first widespread evidence of a reaction. The United Kingdom, where visible minority communities constitute only half the proportion they do in Canada, has in recent months had a number of serious racial confrontations. I wish to make myself clear on this point. Most of Canada's immigrants will continue to come from developing countries and will be members of visible minority groups. However, we must look much more carefully at how many people we need, how they can be effectively absorbed and who should be selected. We have still not had a serious and open debate on our immigration policies. Now the need is greater than ever.

Current policies are to the detriment of the immigrants themselves. I used to describe our programs as "leading to a national disaster in slow motion." Now I am inclined to remove the last three words.

Mr. James Bissett: It is true that I served as an ambassador in the Balkans, but you did not mention the toughest job I had. For five years I was the head of the immigration service and struggled to get the current refugee legislation through Parliament and the Senate. It was the Senate that held it up for a very long time. Some of you might remember that Senator

gouvernement au sujet des avantages économiques et démographiques du programme d'immigration actuel et du projet de loi sont sans aucun fondement. Ces affirmations sont contraires aux résultats des recherches qu'il a lui-même effectuées. Il y a un aspect qui devrait particulièrement nous inquiéter, c'est le fait que les politiques actuelles risquent de nuire grandement à l'esprit de tolérance et à la capacité d'accueillir des réfugiés et de célébrer la diversité, qualités que possèdent la plupart des Canadiens.

Nous avons essayé depuis quelques dizaines d'années de renforcer cette attitude chez les Canadiens et nous avons donné l'exemple dans ce domaine, alors que les conflits ethniques sont devenus la norme plutôt que l'exception dans le monde. Je suis fier d'avoir contribué à cette évolution. Ma femme est d'origine asiatique et nos deux fils reflètent le nouveau Canada.

Nous constatons toutefois aujourd'hui que nos politiques en matière d'immigration n'ont pas été bien conçues et reflètent principalement le lobbying exercé par les groupes de défense d'intérêts spéciaux et les efforts déployés par les partis politiques pour obtenir des votes à la prochaine élection; tout cela risque de compromettre gravement ces réalisations.

Nos politiques actuelles ne tiennent pratiquement aucun compte de la capacité de la société canadienne d'absorber les nouveaux immigrants qui arrivent au Canada, ni d'évaluer si ces derniers sont bien outillés pour s'adapter à la société canadienne. Le gouvernement s'est montré peu disposé à vérifier l'existence de tensions et de difficultés graves dans ce domaine, même si ses propres études, dont la liste figure dans mon mémoire, démontrent que tel est bien le cas.

Cela fait plusieurs années que les politiques que nous nous sommes données m'inquiètent parce qu'elles risquent d'entraîner une réaction négative à l'égard des immigrants, en particulier à l'égard de ceux qui font partie des minorités visibles. Les agissements méprisables dont ont fait l'objet nos communautés musulmanes, sikhs et hindoues après le 11 septembre ne constituent que la première manifestation de cette attitude. Il y a eu au Royaume-Uni, pays où les minorités visibles sont, en proportion, deux fois moins nombreuses qu'au Canada, une série de confrontations raciales graves au cours des derniers mois. J'aimerais préciser une chose à ce sujet. La grande majorité des personnes qui émigrent au Canada vont continuer à venir de pays en développement et à appartenir à des minorités visibles. Nous devons toutefois déterminer avec beaucoup de soin le nombre des immigrants dont nous avons besoin, préciser la façon dont ils peuvent s'intégrer à notre société et mettre au point un processus de sélection efficace. Il n'y a pas encore eu de débat sérieux au sujet de nos politiques en matière d'immigration. Un tel débat est plus nécessaire que jamais.

Nos politiques actuelles nuisent en fait aux immigrants eux-mêmes. J'ai dit que nos programmes allaient déboucher sur un désastre national au ralenti. J'aurais tendance aujourd'hui à supprimer les deux derniers mots.

M. James Bissett: J'ai effectivement été ambassadeur dans les Balkans mais vous n'avez pas mentionné mon affectation la plus difficile. Pendant cinq ans, j'ai dirigé le service d'immigration et j'ai beaucoup travaillé pour faire adopter par le Parlement et le Sénat la loi sur les réfugiés actuelle. C'est le Sénat qui a retardé très longtemps son adoption. Certains d'entre

Hébert went on a hunger strike to prevent that bill from being passed. At any rate, I went off to the Balkans for a rest after those five years.

I will focus primarily on what I think is the major weakness of Bill C-11, which is that it does not address where Canada is most vulnerable: the asylum system we have in effect in Canada. Thousands of people arrive every year claiming to be refugees. Most of them are not refugees. They are economic migrants, of which 60 per cent to 70 per cent are smuggled by international traffickers. They pay big money to get here: Chinese applicants pay up to \$50,000 U.S. apiece to get here.

Many people confuse asylum seekers with refugees. It should be clear in everyone's mind that they are not refugees: they are people claiming to be refugees. We received 37,000 last year. These people simply walk into the country, for the most part with false documents since you cannot get on an aircraft without a document. They get documents, they arrive, they make refugee claims and then they are home free. We do not know anything about them. Often we do not know where they have come from or even the flight on which they arrived. None of them are screened for security. None of them are screened for health or criminality. They are on the loose. That is a very serious threat in the light of what has happened on September 11.

The proposed bill does not do anything to address that issue, and, in my view, that is its major weakness. It will be just as easy as ever for these people to arrive, probably much easier. There are certain clauses of the bill that will make it much easier for people to come and more difficult to get them out of the country. Mr. Fairweather mentioned that people who fail a refugee hearing, for the most part, are not removed. Part of the reason for that is it is difficult to remove anyone from Canada because of the number of levels of review, the courts and the lawyers who represent them. That makes it almost impossible to get rid of people we do not want. That is the reality.

In 1999, 58 per cent of the cases dealt with by the trial division of the Federal Court were refugee cases. That must tell us something. On the front page of the *Ottawa Citizen* this morning is a face that is familiar to me, Mahmoud Mohammad, a terrorist who threw a hand grenade on an El Al aircraft in Athens airport and then machine-gunned some of the passengers. He was put in jail in Greece. The PLO negotiated his release. He went to Spain, assumed a new identity and came to Canada in 1987. We found out he was here and instituted deportation hearings against him, but he is still here. The matter is still in the courts.

Bill C-11 does nothing to address this. Indeed, it adds more levels of review. It adds another appeal review at the IRB and it adds another pre-risk assessment review. After everything has been gone through, Supreme Court and all, the lawyer can ask

vous se souviennent peut-être que le sénateur Hébert a décidé de faire une grève de la faim pour empêcher l'adoption de ce projet de loi. Quoi qu'il en soit, je suis parti dans les Balkans pour me reposer après ces cinq dures années.

Je vais principalement parler de ce qui me paraît être la plus grave lacune du projet de loi C-11: ce projet n'est d'aucun secours pour résoudre le principal problème du Canada dans ce domaine: le système de traitement des demandes de statut de réfugié. Chaque année, des milliers de gens arrivent au Canada en prétendant être des réfugiés. La plupart d'entre eux ne sont pas des réfugiés. Ce sont des immigrants économiques, dont 60 à 70 p. 100 sont introduits ici de façon clandestine par des trafiquants internationaux. Ces immigrants paient de fortes sommes pour arriver ici: les demandeurs chinois paient jusqu'à 50 000 \$ US chacun pour se rendre au Canada.

Les gens confondent souvent les demandeurs d'asile et les réfugiés. Il faudrait que tout le monde comprenne bien que ce ne sont pas des réfugiés: ce sont des personnes qui prétendent être des réfugiés. Nous en avons reçu 37 000 l'année dernière. Ces gens arrivent ici, le plus souvent avec des faux documents parce qu'il n'est pas possible d'embarquer sur un avion sans posséder des documents. Ils obtiennent des documents, ils arrivent ici, ils présentent une demande de statut de réfugié et ensuite, ils sont tranquilles. Nous ne savons rien à leur sujet. Bien souvent, nous ne savons même pas d'où ils viennent, ni sur quel vol ils sont arrivés. Aucun d'eux ne fait l'objet d'une vérification de sécurité. Ils n'ont à passer aucun examen médical et l'on ne connaît rien de leur casier judiciaire. Ces gens disparaissent dans la brume. C'est une menace très grave si l'on pense à ce qui s'est produit le 11 septembre.

Le projet de loi ne fait rien pour remédier à ce problème et j'estime que c'est là sa principale lacune. Il ne contient aucune disposition qui pourrait empêcher ces gens de venir au Canada, en fait, il pourrait même faciliter leur arrivée. Certains articles du projet de loi vont faciliter grandement l'arrivée de ces personnes et rendre plus difficile leur expulsion. M. Fairweather a mentionné le fait que les personnes à qui l'on refuse le statut de réfugié sont très rarement expulsées. Cela s'explique par le nombre des niveaux de révision, par les tribunaux et les avocats qui représentent ces personnes. Il est pratiquement impossible de nous débarrasser des gens que nous ne voulons pas voir au Canada. Voilà la réalité.

En 1999, 58 p. 100 des affaires entendues par la section de première instance de la Cour fédérale étaient des affaires de réfugié. Cela indique quelque chose. On peut voir à la première page du *Ottawa Citizen* de ce matin un visage qui m'est familier, celui de Mahmoud Mohammad, un terroriste qui a lancé une grenade sur un avion d'El Al à l'aéroport d'Athènes et qui a ensuite tiré à la mitraillette sur les passagers. Il a été mis en prison en Grèce. L'OLP a obtenu sa libération. Il s'est rendu en Espagne, a pris une autre identité et est arrivé au Canada en 1987. Nous avons découvert qu'il était ici, nous avons tenu des audiences pour l'expulser du pays mais il est toujours au Canada. L'affaire est encore devant les tribunaux.

Le projet de loi C-11 ne fait rien pour ce genre de situation. En fait, il ajoute d'autres niveaux de révision. Il prévoit un autre niveau d'appel devant la CISR et un autre examen des risques avant le renvoi. Après avoir passé par toutes les étapes, la Cour

for a pre-risk assessment review, which stops everything and we are back in the business again. In my view, that is unsatisfactory.

Canada is not the only country that has problems with asylum seekers. It is an international problem. All of the European countries, the United States and Australia have enacted measures to try to control and better manage this. We have done none of these things. Unlike Europe, the United States and Australia, we have stood by and allowed all of this to happen, and we are not doing anything about it with this current bill.

I had a part to play in the current bill, as I mentioned to you. We designed a refugee system that Mr. Fairweather has described as one of the most generous in the world. However, we did that because we had in the bill a safe third country concept. The rationale is if people are coming to this country from countries where they could already get protection, they are obviously not coming here for protection. They are coming here for other reasons: to work, for education for their children and because Canada is a great country to live in. They are not coming here for protection. The asylum system is set up to protect people from persecution. We instituted in the bill the concept of a safe third country. If people are coming to Canada from the United States or from Europe, we would not allow them to be refugee claimants. They would have to be sent home. They already had protection in the United States and Europe. Those countries look after refugees better, or as well as we do. Then, in the knowledge that the board would not be overwhelmed by sheer numbers, we were able to design a very generous system, and we did that. Three days before the bill was enacted, the minister announced that the bill would pass, but that the safe third country would not be enacted. Those of us who drafted the bill knew it was doomed, and since that time, over 400,000, close to half a million asylum seekers, have come into the country.

Many Canadians may feel that is all right. However, I think September 11 has changed that. We are in a different world, and we must get much tougher. This bill does nothing to make it tougher.

I could give a long list of things that Europeans do with asylum seekers. I will just give you an idea of what can be done. All of the European countries have the safe third country concept. If people come to Europe from a country that is considered safe — meaning it is a signatory to the UN convention and has a good human rights record — they are not eligible to enter the refugee system and are subject to removal by accelerated processes. Europe also has the safe country of origin criteria. Germany has a list of countries that are considered safe. All European Union countries are safe, North America, Bulgaria and Romania are safe. The list of countries is long, and people coming to Germany from those countries, because they are democratic, have good human rights records and follow the rule of law, are not eligible to get into the system and clog it up. They are sent home.

suprême et les autres, l'avocat peut demander un examen des risques avant le renvoi, ce qui bloque le dossier et permet de repartir à zéro. Cela est, d'après moi, tout à fait insatisfaisant.

Le Canada n'est pas le seul pays à connaître des problèmes du fait des demandeurs d'asile. C'est un problème international. Les pays européens, les États-Unis et l'Australie ont adopté des mesures pour essayer de mieux gérer ce problème. Nous n'avons rien fait à ce sujet. À la différence de l'Europe, des États-Unis et de l'Australie, nous avons regardé la situation sans rien faire, et ce projet de loi ne fait aucunement avancer les choses.

J'ai joué un rôle dans la préparation de la loi actuelle, comme je vous l'ai mentionné. Nous avons conçu un système pour les réfugiés que M. Fairweather a qualifié d'un des plus généreux au monde. Nous avons toutefois choisi ce système parce que nous utilisions dans le projet de loi la notion de tiers pays sûr. L'idée était que, si les gens arrivant au Canada après être passé par des pays où ils auraient pu obtenir une protection, cela voulait dire qu'ils ne venaient pas au Canada pour des raisons de sécurité. Ils venaient ici pour d'autres raisons: pour travailler, pour faire instruire leurs enfants et parce que le Canada est un beau pays. Ils ne venaient pas ici pour demander une protection. Le processus applicable aux demandeurs d'asile est conçu pour empêcher que ces personnes soient persécutées. Nous avons utilisé dans ce projet de loi la notion de tiers pays sûr. Les personnes qui arrivaient au Canada en provenance des États-Unis ou d'un pays d'Europe n'auraient pas eu le droit de demander le statut de réfugié. Elles auraient été renvoyées chez elles. Elles bénéficiaient déjà d'une protection aux États-Unis et en Europe. Ces pays s'occupent des réfugiés aussi bien ou mieux que nous. Sachant que de cette façon la commission ne serait pas débordée par le nombre des demandes, nous avons conçu un système très généreux. Trois jours avant le vote sur le projet de loi, le ministre a annoncé que le projet de loi serait adopté mais pas les dispositions relatives aux tiers pays sûrs. Ceux qui avaient rédigé le projet de loi savaient que ce serait un échec et depuis cette date, plus de 400 000 demandeurs d'asile, soit près d'un demi-million, sont arrivés au Canada.

Il est possible que la plupart des Canadiens acceptent fort bien cette situation. Cependant, je crois que le 11 septembre a considérablement modifié la situation. Nous vivons dans un autre monde et nous devons être plus stricts. Ce projet de loi ne contient aucune disposition visant à restreindre l'entrée au Canada.

Je pourrais vous énumérer toutes les mesures que les pays d'Europe prennent à l'égard des demandeurs d'asile. Je vais me contenter de vous donner une idée de ce qui peut se faire. Tous les pays d'Europe ont adopté la notion de tiers pays sûrs. Lorsque quelqu'un vient en Europe d'un pays qui est considéré comme sûr, c'est-à-dire qui a signé la convention de l'ONU et a de bons antécédents en matière de droits de la personne, cette personne n'a pas le droit de présenter une demande de statut de réfugié et fait l'objet d'une mesure d'expulsion qui est exécutée rapidement. L'Europe a également adopté le critère du pays d'origine sûr. L'Allemagne a dressé une liste des pays qui sont considérés comme étant des pays sûrs. Tous les pays de l'Union européenne sont sûrs, tout comme ceux de l'Amérique du Nord, la Bulgarie et la Roumanie. Cette liste est longue et les personnes qui arrivent en Allemagne en provenance de ces pays n'ont pas le droit de présenter une demande d'asile et de bloquer

In addition to that, they have a concept of frivolous claims. If someone claims to be a refugee and it is discovered that he has made contradictory statements, his story is inconsistent and his claim is without substance, that person is subject to easy and early removal and does not get into the system.

There are also abusive claims. People who come without documents or with fraudulent documents and do not co-operate — that is, they do not tell the authorities where they got these documents and why they had to use them — are considered to have manifestly unfounded claims and they are subject to fast removal. These countries have signed readmission agreements with other countries that state "You must take back our failed asylum seekers." In Germany's case, if countries do not take these people back, Germany cuts off developmental aid. Germany has become very tough.

Next is removal while under appeal. In most European countries — certainly France, Sweden, Switzerland, Germany — if an appeal is made, the appeal is accepted but the individual is removed pending the appeal. These countries do not allow such individuals into the country. If the appeal is successful, they are then allowed back into the country.

Social assistance is the next area of concern. Many countries do not allow asylum seekers to work. In the United States there is no social assistance for asylum seekers and they are not allowed to work for six months. When that law was introduced the percentage of asylum seekers in the United States dropped by 40 per cent. Why? It is because most people are seeking protection in the United States, they do not want to line up at the immigration office. There is a strong correlation between the top countries for immigration and the top countries for asylum seekers, for example India, Pakistan, Sri Lanka, Hungary and Iran. That is to say, they are not only the top countries for immigration but also the top countries of asylum seekers.

The bill is totally inadequate and it should be sent back. All the measures that I have described to you are fully approved by the United Nations High Commissioner for Refugees. Why does this bill not address that issue? Why are we not doing these things? We are idly standing by and letting 45,000 people seek asylum here. It will be much more than 45,000 in a year or two with the Europeans tightening up; the traffickers and smugglers know where the soft countries are. We have a reputation for being soft on criminals, on security issues and on asylum seekers.

The bill does nothing to address the reality that we are in a post-September 11 world. I am not suggesting that we do anything to deny fundamental justice. I am just saying, "Look,

le système, pour la raison que ces pays sont démocratiques, ont de bons antécédents en matière de respect des droits de la personne et qu'il s'agit d'États de droit. Ces personnes sont donc renvoyées chez elles.

Ces pays ont également adopté la notion de demande frivole. Lorsqu'on découvre que l'auteur d'une demande de statut a fait des déclarations contradictoires, que son histoire ne tient pas et que sa demande n'est pas fondée, il existe un mécanisme qui permet de l'expulser rapidement et facilement et sa demande n'est pas examinée.

Il y a aussi les demandes abusives. Les gens qui arrivent sans aucun document ou avec de faux documents et qui refusent de collaborer avec les autorités, c'est-à-dire qui refusent de dire aux autorités dans quel pays ils ont obtenu leurs documents et pourquoi ils ont été obligés de les utiliser, sont considérés comme ayant présenté une demande manifestement non fondée et peuvent être expulsés rapidement. Ces pays ont signé des ententes de réadmission avec d'autres pays qui obligent ces derniers à reprendre les demandeurs d'asile qui n'ont pas été acceptés. Dans le cas de l'Allemagne, si un pays ne reprend pas ces personnes, l'Allemagne coupe l'aide au développement. L'Allemagne a adopté des mesures très strictes dans ce domaine.

Il y a aussi la possibilité d'expulser la personne qui a logé un appel. Dans la plupart des pays d'Europe, en particulier en France, en Suède, en Suisse et en Allemagne, un demandeur d'asile peut faire appel mais il est expulsé en attendant l'audition de l'appel. Ces pays ne permettent pas à ces personnes de demeurer sur leur territoire. S'il est fait droit à son appel, cette personne peut alors revenir dans le pays concerné.

L'aide sociale est un autre sujet de préoccupation. La plupart des pays interdisent de travailler aux demandeurs d'asile. Aux États-Unis, les demandeurs d'asile n'ont pas droit à l'aide sociale et ils ne peuvent pas non plus travailler pendant six mois. Lorsque cette loi a été adoptée, le nombre des demandeurs d'asile aux États-Unis a chuté de 40 p. 100. Pourquoi? Parce que la plupart de ces personnes veulent demander asile aux États-Unis, elles ne veulent pas attendre des heures devant les bureaux de l'immigration. Il existe une forte corrélation entre les pays où l'immigration est forte et ceux où il y a beaucoup de demandeurs d'asile, comme, par exemple, l'Inde, le Pakistan, le Sri Lanka, la Hongrie et l'Iran. Cela veut dire que ces pays sont parmi les premiers pour ce qui est du nombre des immigrants mais également pour celui des demandeurs d'asile.

Ce projet de loi est tout à fait inefficace et devrait être complètement repensé. Toutes les mesures dont je viens de vous parler ont été approuvées sans réserve par le Haut-Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés. Pourquoi est-ce que ce projet de loi ne s'attaque pas à ce problème? Pourquoi n'adoptons-nous pas des mesures semblables? Nous ne faisons rien et laissons 45 000 personnes demander l'asile dans notre pays. Il y en aura beaucoup plus que 45 000 dans un an ou deux puisque les Européens ferment leurs frontières; les trafiquants et les contrebandiers savent quels sont les pays faciles. Nous avons la réputation de ne pas être très sévères pour les criminels, pour les demandeurs d'asile ni sur les questions de sécurité.

Ce projet de loi ne tient aucun compte du fait qu'il y a eu le 11 septembre. Je ne dis pas que nous devrions écarter la notion de justice fondamentale. Je dis simplement que nous pouvons

we are generous, but we cannot be responsible." It is little wonder that our southern neighbours are worried about what we are doing here because we are not facing up to the reality that many of these people could turn out to be terrorists. I am not suggesting that the 400,000 applicants are, but it does not take more than five or six or 25, as we found out on September 11. We must be much tougher.

The bill goes beyond that. It has broadened the UN definition of "refugee." All of the European countries and the U.S. are trying to narrow the definition, but we have broadened it. We will now give protection to anyone who comes here and says that he or she wants protection. That is now in the legislation. That is a mistake.

We are doing many other things as well. We are talking about giving a fair hearing to anyone who comes here claiming persecution. This will be enshrined in legislation, but it automatically prevents us from doing anything to screen out, at the front end, the people who come into Canada who are obviously not refugees. It gives everyone who claims persecution a fair hearing. "A fair hearing" means "before the courts." Once people are here it is extremely difficult to get them out. We are removing about 7,000 people a year from Canada and maybe 4,000 to 5,000 of those are failed asylum seekers. Where have the others gone? We do not know where they are and we do not track them down. Resources are not enough to do that.

You may wonder why there has been talk in the United States of harmonizing refugee systems and the border. It is little wonder: we are a soft touch and everyone knows it.

Mr. William Bauer: As Mr. Bissett mentioned, in addition to nearly 40 years in the foreign service and four years in the IRB, I spent the last six years doing research on the refugee determination system and world migration to the point where my wife issued an ultimatum this summer that either the book be finished by the end of the year or I will be a separated man. This may be my swan song — either as a married man or as a researcher.

I appreciate very much the opportunity to talk to the chamber of sober second thought through this committee because the bill needs sober second thought and third thought and fourth thought. It is a bad bill.

I do not represent anyone. I am just an individual. I do not have any organization. No one is paying me. I do not earn my money from immigration or from refugee determination. I am long retired and I am just living on my little superannuation.

Someone once said that "The country's ports of entry have been swollen with thousands of refugee claimants who hope they can avoid normal immigration procedures. These hopeful immigrants know a claim may buy them time and a chance to stay. However, their abuse of the system can result in dire consequences for themselves and for others. Canada has been billed as an easy mark. I am afraid the refugee issue may burst beyond the capacity of our existing system and become a major

être généreux mais pas irresponsables. Il n'est pas surprenant que nos voisins du Sud s'inquiètent de ce que nous faisons ici parce que nous refusons de faire face à la réalité suivante: une bonne partie de ces gens pourraient être des terroristes. Je ne dis pas que les 400 000 demandeurs d'asile sont des terroristes mais il suffit qu'il y en ait cinq ou six voire 25, comme nous l'avons constaté le 11 septembre. Nous devons être plus sévères.

Le projet de loi va encore plus loin que cela. Il a élargi la définition de «réfugié» de la convention de l'ONU. Tous les pays européens et les États-Unis essaient de restreindre la définition mais nous l'avons élargie. Nous allons désormais accorder une protection à toute personne qui entre au Canada et affirme avoir besoin de protection. Voilà ce que dit ce projet de loi. C'est une erreur.

Nous faisons aussi beaucoup d'autres choses. Nous parlons d'accorder une audience équitable à toute personne qui arrive au Canada et prétend être persécutée. Ce droit va être reconnu par ce projet de loi mais cela va nous empêcher de faire quoi que ce soit pour écarter, dès la première étape, les gens qui viennent au Canada et qui ne sont manifestement pas des réfugiés. Ces dispositions accordent à tous ceux qui prétendent être persécutés le droit à une audience équitable. «Une audience équitable» veut dire «devant les tribunaux». Lorsque ces gens sont au Canada, il est extrêmement difficile de les expulser. Nous expulsons du Canada 7 000 personnes par an environ et 4 000 à 5 000 de ces personnes sont des demandeurs d'asile dont la demande a été rejetée. Où sont passés les autres? Nous ne savons pas où ils sont et nous ne les cherchons pas. Nous n'avons pas suffisamment de ressources pour le faire.

Vous vous demandez peut-être pourquoi l'on parle aux États-Unis d'harmoniser nos systèmes de traitement des réfugiés et nos frontières. Cela n'est guère surprenant: il est facile d'entrer dans notre pays et tout le monde le sait.

M. William Bauer: Comme l'a mentionné M. Bissett, en plus des 40 ans que j'ai passé dans la fonction publique et des quatre années à la CISR, cela fait six ans que je fais de la recherche sur le système de traitement des demandes de statut de réfugié et sur les migrations dans le monde au point où ma femme vient de me lancer un ultimatum cet été: je dois finir le livre d'ici la fin de l'année ou elle me quittera. C'est peut-être mon chant du cygne, soit comme conjoint soit comme chercheur.

Je suis heureux d'avoir la possibilité de parler à la Chambre de réflexion par le truchement de ce comité parce qu'il faut absolument réfléchir à ce projet de loi, non pas une fois, mais deux ou trois fois. C'est un mauvais projet de loi.

Je ne représente personne. Je témoigne à titre personnel. Je ne représente aucun organisme. Personne ne me paie. Je n'ai aucun revenu provenant de l'immigration ou du traitement des demandes de réfugié. Cela fait longtemps que je suis à la retraite et je vis avec ma petite pension.

Quelqu'un a déjà dit: «Les points d'entrée de notre pays sont congestionnés à cause des milliers de demandeurs de statut qui espèrent éviter ainsi le processus d'immigration normal. Ces immigrants pleins d'espoir savent qu'en revendiquant le statut de réfugié, ils vont gagner du temps et obtenir peut-être le droit de rester au Canada. Il demeure qu'ils profitent du système et que cela pourrait avoir des conséquences très graves pour eux-mêmes et pour les autres. Le Canada est considéré comme une proie

source of international instability. It has already become a source of friction for host countries and sometimes leads to conflicts across borders. The problem also draws massive amounts of money away from foreign development efforts."

It sounds like that could have been said yesterday, but it was said in 1983 by Lloyd Axworthy, then Minister of Citizenship and Immigration. At that time he was worried because in that year 3,500 refugee claimants turned up in Canada and that was overwhelming our system. There was a backlog of 1,400. Last year we had 34,253 claimants, of which 24,000 were processed — 4,685 disappeared completely. We do not know where they are. Eighteen years ago 78 per cent were denied a positive decision. Last year the figure was 42 per cent.

I emphasize that Lloyd Axworthy — one of the kindest, most liberal ministers we have ever had, whether in citizenship and immigration or foreign affairs — spoke in 1983 when we were getting about 600 or 800 a month. We are now getting the equivalent of 600 a week, every week. It goes on and it will increase.

Having said that, I am afraid that the bill — which will be set in concrete for 20 years if it is passed now without amendments — will give Canadians the feeling that something is being done to solve the problem. That is dangerous because there is a significant amount of resistance in the Canadian public — generous, welcoming and kind-hearted and which has never failed, since 1956, to embrace refugees who were believed to be truly in need. There are tens of thousands — hundreds of thousands if my reading is correct — of people who think the system is being abused. I am afraid those people may throw the baby out with the bath water and become hostile to refugees who genuinely need our protection because of the cheaters who ride the system in order to bypass immigration.

Immigration means that we ask, or allow people to come to Canada, after checking their security, health and ability to contribute to Canada, or their relationships with a Canadian or a landed immigrant.

A refugee claimant is someone who chooses, himself or herself, pays someone \$30,000 U.S. or \$60,000 U.S., to come to Canada and, in the majority of cases, stays here. We do not choose them; they, themselves, choose. No sovereign state can allow that to continue year after year, decade after decade, and maintain its sovereignty, its security or, indeed, its way of life.

I will not talk about September 11. There was a terrorist in New York who had received refugee status in Canada. He was caught only a few hours before he would have taken pipe bombs filled with nails into a subway station in New York. He said at his own trial, "I was going to kill myself and take as many Jews

facile. Je crains que la question des réfugiés dépasse la capacité de notre système et devienne une grave source d'instabilité internationale. Cette question est devenue aujourd'hui une source de friction pour les pays hôtes et elle a parfois créé des conflits entre certains pays. On consacre également à ce problème des sommes d'argent considérables qui devraient aller au développement international.»

On dirait que cela date d'hier mais c'est Lloyd Axworthy, le ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration de l'époque, qui a fait cette déclaration en 1983. À l'époque, il s'inquiétait du fait que 3 500 demandeurs de statut étaient arrivés au Canada et que notre système n'arrivait pas à traiter toutes ces demandes. Il y avait un arriéré de 1 400 dossiers. L'année dernière, nous avons eu 34 253 demandeurs de statut, et nous avons traité 24 000 demandes; 4 685 demandeurs ont complètement disparu. Nous ne savons pas où ils sont. Il y a 18 ans, 78 p. 100 de ces demandeurs voyaient leur demande rejetée. Le chiffre pour l'année dernière était de 42 p. 100.

J'insiste sur le fait que Lloyd Axworthy, un des ministres les plus généreux et les plus libéraux qui ait jamais eu le portefeuille de la citoyenneté et de l'immigration ou des affaires étrangères, parlait en 1983, époque où nous recevions environ 600 à 800 réfugiés par mois. Nous en recevons à l'heure actuelle l'équivalent de 600 par semaine, toutes les semaines. Cela continue et ne pourra qu'augmenter.

Cela dit, je crains que ce projet de loi, qui va demeurer pratiquement inchangé pour les 20 prochaines années s'il est adopté aujourd'hui sans modification, ne donne aux Canadiens l'impression que l'on fait quelque chose pour résoudre le problème. Cela est dangereux parce que l'on sent que la population canadienne accepte de moins en moins bien la situation; les Canadiens sont pourtant des gens généreux, accueillants et compatissants qui ont toujours accepté, depuis 1956, les réfugiés qui se trouvaient vraiment dans une situation désespérée. Il y a des dizaines de milliers — des centaines de milliers si mon idée de la situation est juste, de personnes qui pensent que l'on profite du système. Je crains que ces personnes ne s'apprêtent à jeter le manche après la cognée et adoptent une attitude hostile aux réfugiés qui ont véritablement besoin de notre protection à cause des tricheurs qui utilisent le système pour court-circuiter le processus de l'immigration.

L'immigrant est une personne que nous autorisons à venir au Canada, ou à qui nous demandons de le faire, après avoir vérifié son état de santé, son dossier en matière de sécurité, sa capacité d'apporter quelque chose au Canada ou sa relation avec un Canadien ou un résident permanent.

Un demandeur de statut est une personne qui choisit de verser 30 ou 60 000 \$ U.S. à quelqu'un pour se rendre au Canada et qui, la plupart du temps, y reste. Nous ne choisissons ces personnes. Ce sont elles qui nous choisissent. Un État souverain ne peut tolérer une telle pratique pendant des années sans compromettre sa souveraineté, sa sécurité et même sa façon de vivre.

Je ne parlerai pas du 11 septembre. Il y avait à New York un terroriste qui avait obtenu son statut de réfugié au Canada. Il a été arrêté quelques heures avant qu'il ne place des bombes tuyaux remplies de clous dans une station de métro à New York. Il a déclaré à son procès: «J'allais me tuer et emmener avec moi

as I could with me." He had been given refugee status in Canada. He tried four times to get into the United States. The fourth time he was caught but an American judge let him loose. That could have been a very bad situation.

The Air India crash was the biggest catastrophe involving aircraft in history at that time. All those who died in that crash were Canadian. The perpetrators of that catastrophe were, again, people with refugee status who were carrying on their little war on our territory as Canadian citizens.

Other things happen when the wrong people are allowed to come in without our having knowledge of who they are. The Big Circle Boys came in from China because we did not send anyone back to China after Tiananmen Square. I have spoken to police and immigration officials in various areas about this.

The Tamil Tigers extort money from Tamils who came here from Sri Lanka because they were being victimized by Tamil Tigers. Here in Canada, on the streets of Toronto, they are still being victimized. If a newspaper prints an article criticizing the gangs or the Tamil Tigers, the newspaper office is torched.

If we do not keep out the people who victimize their own ethnic groups, we are not giving the people we allow in the protection we promised them. They are suffering the same persecution they suffered in their home countries.

This bill has many flaws. I have read the blues from your hearings on Monday. You were reassured about many things. As an old bureaucrat and a bit of a sceptic, I must explain that there is a big difference between the ideal result and what happens in real life, especially when resources are very limited.

You were told that when a person arrives in Canada, there will be a security check up front. Sixty per cent of the people arriving on our doorstep claiming refugee status have either no documents or false documents. We do not know who they are. How can you do a security check on someone who is probably using a false name? You cannot.

Reverting for a moment to New York, members of the terrorist cells all over the world are ordinary young people with no criminal records and no fingerprints on the records of Interpol. There is no way of checking them, even if we knew who they were when they arrived at Lester B. Pearson Airport, the Niagara frontier, or when they sneaked across the Akwasasne Reserve. This is false security. We cannot check them that way.

A long time ago, most Chinese came to Canada through Europe. The Americans tightened up their rules and suddenly the proportion of undocumented people arriving here from China rose tremendously. They are instructed to flush their travel documents down the toilet or turn them over to whoever was escorting them, or to hide in a bathroom until all the planes have left so that no one could determine what flight they arrived on. It is very difficult to turn people back if they have no identity and you do not even know where they came from. A receiving

autant de Juifs que je pouvais.» Il avait obtenu un statut de réfugié au Canada. Il avait essayé à quatre reprises d'entrer aux États-Unis. La quatrième fois il a été arrêté mais un juge américain l'a libéré. Cela aurait pu créer une situation très regrettable.

L'écrasement d'un avion d'Air India a été la plus grande catastrophe aérienne à l'époque. Toutes les personnes qui sont mortes dans cette catastrophe étaient canadiennes. Les auteurs de cet attentat étaient, là encore, des personnes ayant obtenu le statut de réfugié et qui livraient leur petite guerre sur notre territoire, en tant que citoyens canadiens.

Il y a toutes sortes de choses qui se passent lorsqu'on permet à n'importe qui de venir au Canada. Les Big Circle Boys sont arrivés de Chine parce que nous n'avons renvoyé personne en Chine après la fusillade de la place Tiananmen. J'ai parlé à des policiers et à des agents de l'immigration de tout cela.

Les Tigres tamouls extorquent de l'argent aux Tamouls qui sont quittés le Sri Lanka parce qu'ils étaient agressés par les Tigres tamouls. Ici au Canada, dans les rues de Toronto, la même chose leur arrive. Lorsqu'un journal publie un article critiquant les gangs ou les Tigres tamouls, ses bureaux sont incendiés.

Si nous n'empêchons pas ces personnes de s'en prendre aux membres de leur propre groupe ethnique, nous n'offrons pas aux personnes que nous autorisons à entrer au pays la protection que nous leur avons promise. Elles sont encore persécutées ici comme elles l'étaient dans leur pays d'origine.

Ce projet de loi comporte de nombreuses lacunes. J'ai lu les bleus de vos audiences de lundi. On vous a rassurés sur de nombreux points. Je suis un bureaucrate endurci et un peu sceptique et je dois vous dire qu'il y a une grande différence entre les résultats que l'on espère et ceux qu'on obtient vraiment, en particulier lorsque les ressources sont très limitées.

On vous a dit que l'on procède à une vérification de sécurité dès qu'une personne arrive au Canada. Soixante pour cent des personnes qui arrivent à un point d'entrée et demandent le statut de réfugié n'ont soit aucun document soit possèdent de faux documents. Nous ne savons pas qui elles sont. Comment peut-on faire une vérification de sécurité sur une personne qui utilise probablement un faux nom? Cela est impossible.

Revenons un instant à New York; les membres des cellules terroristes sont habituellement des jeunes qui n'ont aucun casier judiciaire, et dont les empreintes digitales ne figurent pas dans les dossiers d'Interpol. Il n'existe aucun moyen de vérifier leurs antécédents, même si nous connaissions leur identité lorsqu'ils arrivent à l'aéroport Lester B. Pearson, à la frontière de Niagara ou lorsqu'ils traversent clandestinement la réserve d'Akwasasne. C'est une fausse sécurité. Il est impossible de vérifier leurs antécédents de cette façon.

Il y a longtemps de cela, la plupart des Chinois passaient par l'Europe pour venir au Canada. Les Américains ont décidé de renforcer leurs contrôles, ce qui a entraîné une augmentation considérable du nombre des personnes qui arrivent ici sans document en provenance de Chine. On leur demande de jeter leur titre de voyage dans les toilettes ou de les remettre à la personne qui les accompagne ou encore de se cacher dans les toilettes jusqu'à ce que tous les avions aient quitté l'aéroport pour que personne ne puisse savoir sur quel vol ils sont arrivés.

country will not accept people unless they can provide some form of identity.

This is an extremely difficult issue. I am not trying to be alarmist. However, the bill, as currently drafted, does nothing but give a false sense of assurance to everyone who reads it. The minister has said that we are closing the back door to enable us to open the front door wider. I would argue that we are opening the back door wider.

I know, inside out, how the IRB operates. I left it voluntarily because I could no longer continue to work there. When I went home at night I was frustrated — by some of the people with whom I had to serve. Some did not know where the country of origin of some of the claimants was. Some people were so lazy that they never made a negative decision. They took only positive decisions because then they never had to write a reason that would have to stand up in Federal Court when the case was appealed. Positive decisions are only appealed by the minister who knows that a person is a terrorist or something else. However, that happens very rarely.

Two-thirds of the people who work in the IRB have not been trained. Mr. Fairweather said that the IRB has a wonderful training system. I went through it. Yes, people have some basic training, background and intelligence, but you must know the law. There is ten years of jurisprudence on this. You must know the world situation. You must know the intricacies of country politics.

In my opinion, had you sent half of the people with whom I served on the IRB to university for five years, they probably could not have acquired the knowledge necessary. They are paid \$90,000 a year and in many cases are appointed because they are failed politicians, relatives of failed politicians, or something else. I am not saying that politicians are incompetent or cannot have merit. I am simply saying that the merit principle is not applied to the board.

We should have legislation that creates a permanent, full-time, civil service-type operation with a career structure rather than two-year appointments that are totally dependent on what you are perceived to be doing. Lawyers complain that you are making too many negative decisions, and the next thing you know your appointment is not renewed. I have known people to whom that happened. If the government changes, half the board disappears and newcomers arrive. It must be a continuum.

The bill does nothing in this regard. In fact, it makes the situation worse because it allows one-member panels, which will be disastrous. We will get bad decisions far more frequently than we do now.

I am sorry to have taken up so much time. However, as you can see, this issue is close to my heart and close to my experience. As a Canadian, I feel terrible that there are things that we can correct, yet, due to pressures and lack of political

Il est très difficile de renvoyer quelqu'un dont on ne connaît pas l'identité, ni même le pays d'où il vient. Un pays d'accueil ne peut accepter des gens dont il ne connaît pas l'identité.

C'est une question extrêmement délicate. Je n'essaie pas de vous alarmer inutilement. Cependant, tel que rédigé, ce projet de loi ne peut que donner un faux sentiment de sécurité à celui qui le lit. Le ministre a déclaré que l'on fermait la porte de derrière pour pouvoir ouvrir davantage la porte de devant. Je prétends que nous sommes en fait en train d'ouvrir davantage la porte de derrière.

Je sais très bien comment fonctionne la CISR. J'ai quitté mon poste volontairement parce que je ne pouvais pas continuer à travailler pour cette commission. J'étais de mauvaise humeur lorsque je rentrais chez moi le soir, à cause de certaines personnes avec qui je travaillais. Il y en avait qui ne connaissaient pas le pays d'origine du demandeur de statut. D'autres étaient si paresseuses qu'elles ne rendaient jamais de décision négative. Elles ne rendaient que des décisions positives parce qu'elles n'étaient pas obligées dans ce cas d'écrire des motifs capables d'être confirmés en appel par la Cour fédérale. Seul le ministre peut interjeter appel des décisions positives lorsqu'il sait que la personne en question est un terroriste ou constitue un danger pour le pays. Cela ne se produit toutefois que très rarement.

Les deux tiers des personnes qui travaillent à la CISR n'ont reçu aucune formation. M. Fairweather affirme que la CISR a mis sur pied un excellent programme de formation. J'ai suivi ce programme. Oui, ces personnes reçoivent une formation générale et en matière de sécurité mais il faut connaître le droit. Il y a dix ans de jurisprudence à connaître. Il faut connaître également la situation mondiale. Il faut connaître les subtilités de la politique.

Je pense que si l'on avait envoyé la moitié des personnes avec qui j'ai travaillé à la CISR à l'université pendant cinq ans, elles n'auraient probablement pas acquis les connaissances nécessaires. Ces gens reçoivent un salaire de 90 000 \$ par an et bien souvent, ils sont nommés à ce poste parce qu'ils n'ont pas réussi en politique, parce qu'ils ont dans leur famille des politiques qui n'ont pas réussi ou quelque chose du genre. Je ne dis pas que les politiques ne sont pas des gens compétents ou n'ont aucune connaissance. Je dis simplement que la commission n'applique pas le principe du mérite.

Nous devrions adopter une loi qui crée un cadre d'emploi permanent avec des employés à temps plein et des possibilités de carrière au lieu de faire des nominations pour un mandat de deux ans qui sont uniquement fondées sur ce que certains pensent de votre travail. Si des avocats se plaignent que vous rendez trop de décisions négatives, votre nomination n'est pas renouvelée. Je connais des gens à qui cela est arrivé. Lorsque le gouvernement change, la moitié des membres de la commission disparaissent et il arrive des nouveaux. Il faut une continuité.

Le projet de loi ne fait rien à ce sujet. En fait, il empire la situation parce qu'il autorise les formations composées d'un seul membre, ce qui va avoir un effet désastreux. Le nombre des mauvaises décisions va encore augmenter.

Je vous demande de m'excuser d'avoir pris autant de temps. C'est parce que, comme vous pouvez le constater, c'est une question qui me tient à cœur et que je connais bien. Je suis canadien et cela m'attriste de voir qu'il y a des choses que nous

will, we are simply recycling the same loopholes and making them even bigger.

The Chairman: Mr. Manion, you said that you did not want to make an opening statement. However, you are a past clerk of the Privy Council and deputy minister of what was then called the Department of Employment and Immigration.

Mr. Jack Manion: Mr. Chairman, my interest in immigration dates back 50 years. It lead me to join the immigration service in 1953. I spent the next 26 years of my 37-year career in that department, the last three as deputy minister. I was directly involved in virtually every major immigration policy issue in those 26 years, and indirectly involved over the next 11 years by virtue of my roles in the Treasury Board and the Privacy Commissioner's Office (PCO).

With that background, I must state quite carefully that I find Canada's current immigration situation a shocking and scandalous mess, unique in the history of that program. Our inability to control our borders is gravely eroding our sovereignty. All of the remarks I will make illustrate views that I held before September 11. On that day and since, my views have only strengthened.

The bill before you will help somewhat to tighten up procedures, assuming that it withstands Charter challenges, which I doubt that it will. However, it does not address the source of the problems, which is the 1985 Supreme Court judgment in the *Singh* case that extended Charter rights to anyone seeking entry to Canada.

I was concerned about the potential implications of the Charter on immigration when it was being drafted. I was assured by the then Deputy Minister of Justice that the Charter did not extend to those without legal residency rights in Canada. Then came the *Singh* case. With apologies to my friend Mr. Fairweather, that judgment was a disaster.

In 1987, I was asked, as Associate Clerk of the Privy Council, to coordinate the preparation of emergency refugee legislation. When the resulting bill came before ministers, I was asked if it solved the problem. I said it was the best we and the lawyers could do, but in my judgment it would not survive Charter challenges and that the only effective solution was use of the notwithstanding clause or an amendment to the Constitution. I am not saying that I believe foreigners should be denied all protections of the Charter, but I do believe that Canada, as a sovereign country, must be in a position to make summary decisions in cases of those who have no legal connection to this country, as virtually every other country in the world does.

pourrions corriger et que nous nous contentons simplement de répéter les mêmes erreurs et même de les aggraver, tout simplement par manque de volonté politique et à cause des pressions exercées par les groupes d'intérêt.

Le président: Monsieur Manion, vous avez mentionné que vous ne vouliez pas présenter d'exposé préliminaire. Vous avez tout de même été greffier du Conseil privé et sous-ministre de ce que l'on appelait à l'époque le ministère de l'Emploi et de l'Immigration.

M. Jack Manion: Monsieur le président, je m'intéresse à l'immigration depuis 50 ans. C'est ce qui m'a amené à entrer au service de l'immigration en 1953. J'ai passé dans ce ministère les 26 années suivantes de ma carrière de 37 ans, en tant que sous-ministre pendant les trois dernières années. J'ai directement participé à presque toutes les grandes décisions sur l'immigration au cours de ces 26 années, et de façon indirecte, pendant les 11 années suivantes à cause des postes que j'occupais au Conseil du Trésor et au Bureau du Conseil privé (BCP).

Je dois vous dire, avec l'expérience que j'ai acquise, que la situation actuelle de l'immigration au Canada est un véritable scandale, et que la situation est la pire que nous ayons connue depuis que nous avons une politique en matière d'immigration. Notre incapacité à exercer un contrôle sur nos frontières compromet gravement notre souveraineté. Toutes les observations que je vais vous faire aujourd'hui reflètent des opinions que j'avais avant le 11 septembre. Les événements de cette journée n'ont fait que conforter ces opinions.

Le projet de loi qui vous est soumis va légèrement aider à resserrer le processus, dans l'hypothèse où il résistera aux contestations constitutionnelles, ce qui me surprendrait beaucoup. Il ne s'attaque toutefois pas à la source de tous ces problèmes qui est le jugement qu'a prononcé la Cour suprême en 1985 dans l'arrêt *Singh* qui accorde des droits constitutionnels à toute personne qui souhaite entrer au Canada.

J'étais inquiet des répercussions que pourrait avoir la Charte sur l'immigration pendant que ce projet de loi était en préparation. Le sous-ministre de la Justice de l'époque m'a assuré que la Charte ne s'appliquait pas à ceux qui n'avaient pas le droit de résider au Canada. C'est alors que l'arrêt *Singh* a été prononcé. Je m'excuse auprès de mon ami M. Fairweather, mais ce jugement est, d'après moi, désastreux.

En 1987, on m'a demandé, en qualité de greffier adjoint du Conseil privé, de coordonner la préparation d'une loi d'urgence sur les réfugiés. Lorsque le projet de loi a été soumis aux ministres, on m'a demandé s'il pouvait régler le problème. Je leur ai dit qu'il n'était pas possible de faire mieux mais que, d'après moi, ce projet ne résisterait pas aux contestations constitutionnelles et que la seule solution était de recourir à la clause nonobstant ou de modifier la Constitution. Je ne dis pas qu'il faut refuser à tous les étrangers la protection qu'offre la Charte mais je pense que le Canada, étant un pays souverain, doit pouvoir rendre rapidement des décisions à l'égard des personnes qui n'ont aucun lien juridique avec notre pays, comme le font pratiquement tous les autres pays au monde.

Since that time, I have urged every Minister of Immigration and the current Prime Minister to deal with this issue. In 1994, I wrote the Honourable Sergio Marchi, setting out the facts and issues as I saw them. In particular, I pointed out, first, that direct costs of immigration were two to four times greater than the \$950 million he had publicly announced, and second, that the situation would become progressively worse because Canada no longer had assurance that it could legally control its borders or implement any immigration policy. Immigrants were increasingly self-selected, and Canada was becoming a haven for the world's opportunists. Mr. Marchi did not reply.

In 1999, at the time of the Chinese boat arrivals, I wrote the Honourable Minister Caplan along the same lines, and again the minister did not reply. Two months later, I wrote the Prime Minister complaining that his minister was ignoring the problem and possible solutions.

I would like to take the liberty of citing portions from that letter which summarize my views perfectly: "My principal concern about the present immigration situation is that no one seems to realize that there is a critical issue of sovereignty here. To those who plead for an open-door, compassionate response to this latest wave of boat people, I say that certainly we should take as many of the world's genuine refugees as we can, but Canadians, not criminal gangs and unscrupulous immigration consultants and lawyers, should decide how many that should be. That is not only our sovereign right but our responsibility to all Canadians. Secondly, we also have a responsibility and a right to ensure that those we do admit are, as a minimum, not dangers to Canadian health or security. Finally, we cannot continue to spend the billions of dollars we now spend on this uncontrolled problem and deny our immigration service the resources it needs for, first, measures to bring to Canada genuine refugees and those immigrants able and willing to make a positive contribution to this country, and second, to provide effective enforcement services to identify and deal with those who have no legal right to be in Canada or who are threats to our security and well-being."

I also told the Prime Minister: "I am also aware that my implicit criticism of the Charter and my suggestion that it be bypassed or amended to deal with this problem will not find favour with those, like yourself, who are justifiably proud of their role in its creation. However, I am aware that the Charter was never intended to destroy our sovereignty in the matter of immigration, and surely if there is anything Canadians are noted for it, is our pragmatism and adaptability to changing circumstances."

Depuis cette époque, j'ai invité tous les ministres de l'Immigration et le premier ministre actuel à s'occuper de ce problème. En 1994, j'ai écrit à l'honorable Sergio Marchi, en lui décrivant les faits et les problèmes, tels que je les voyais. En particulier, j'ai d'abord signalé que les coûts directs de l'immigration étaient deux à quatre fois supérieurs au montant de 950 millions de dollars qui avait été annoncé publiquement et ensuite, que la situation ne pourrait qu'empirer parce que le Canada n'avait pas les moyens juridiques d'exercer un contrôle sur ses frontières ou de mettre en oeuvre une politique d'immigration. Les immigrants se choisissent eux-mêmes et le Canada est devenu un refuge pour les opportunistes du monde entier. M. Marchi ne m'a pas répondu.

En 1999, au moment de l'arrivée des bateaux chinois, j'ai écrit à l'honorable ministre Caplan pour lui dire à peu près les mêmes choses et là encore, le ministre ne m'a pas répondu. Deux mois plus tard, j'ai écrit au premier ministre pour lui dire que son ministre faisait comme s'il n'y avait pas de problème et n'examinait pas les solutions susceptibles de le régler.

J'aimerais prendre la liberté de citer quelques passages de cette lettre qui résument parfaitement mon opinion sur cette question: «Ce qui me préoccupe principalement au sujet de la situation actuelle de l'immigration, c'est que personne ne semble s'apercevoir que cela met en cause une question essentielle, celle de notre souveraineté. À ceux qui voudraient que l'on adopte une politique de porte ouverte, que l'on fasse preuve de compassion à l'égard de cette dernière vague de réfugiés de la mer, je dirais que je suis tout à fait d'accord pour que nous acceptions le plus grand nombre possible de réfugiés véritables mais qu'il faut que ce soit les Canadiens et non pas des membres de gangs, ou des consultants et des avocats en immigration qui devraient établir le nombre des réfugiés qu'il convient d'accueillir. Ce n'est pas seulement un droit souverain mais c'est une responsabilité que nous avons envers tous les Canadiens. Deuxièmement, nous avons la responsabilité et le droit de veiller à ce que les personnes que nous autorisons à entrer au Canada ne constituent pas, c'est un minimum, un danger pour la santé ou la sécurité du Canada. Enfin, nous ne pouvons continuer à dépenser des milliards de dollars comme nous le faisons actuellement pour régler un problème que nous sommes impuissants à circonscrire et refuser à notre service d'immigration les ressources dont il a besoin pour, tout d'abord, adopter des mesures visant à accueillir au Canada de véritables réfugiés et des immigrants capables d'apporter une contribution positive à notre pays et ensuite, pour mettre sur pied des services d'application de la loi chargés de rechercher les personnes qui n'ont pas le droit d'être au Canada ou qui constituent une menace pour notre sécurité et pour notre société.»

J'ai également écrit au premier ministre: «Je sais également qu'en critiquant implicitement la Charte et en suggérant de la mettre de côté ou de la modifier de façon à pouvoir s'attaquer à ce problème, j'adopte une attitude qui ne sera guère appréciée par les personnes qui, comme vous-mêmes, sont à juste titre fières du rôle qu'elles ont joué dans son adoption. Je sais toutefois que personne ne voulait que la Charte ait pour effet de supprimer notre souveraineté dans le domaine de l'immigration et s'il y a bien quelque chose que l'on attribue aux Canadiens, c'est bien leur pragmatisme et leur capacité de s'adapter aux circonstances.»

I did not get a reply to that letter.

Senator Beaudoin: If I could summarize the communications, I would say that we have a problem of definitions. The bill does not contain many definitions. This is an area in which we need definitions. With good definitions, we could identify what should be adopted and what should not be adopted.

I should like to return to the notwithstanding clause. I personally am in favour of the Charter of Rights. I think we have a good Charter of Rights. I do not think the use of the notwithstanding clause would solve our present problem. That is not where the problem lies, in my opinion. The courts are there to interpret the Charter of Rights. That is the Constitution of Canada. They have a great deal of experience with that now, having had 400 cases on the subject of the Charter alone.

My question is addressed to Mr. Fairweather and all others.

I do not see the necessity of having recourse to such a remedy. Right from the beginning, I did not think we needed section 33. It may be that in a case of great emergency, it could be used, but we are not exactly in that position now. Mr. Fairweather, what do you think about the possible use of the notwithstanding clause?

Mr. Fairweather: I thought I made myself clear. I have great affection and respect for those who are here. However, the notwithstanding clause was put there, as I understand it, as a way of ensuring support for that monumental constitutional change with the provinces of Alberta and Manitoba.

The chairman said that honourable senators know about a bum rap. I will try another. It was a sop, although a rather elegant sop. The Government of Canada has made it clear that it has no intention of using the notwithstanding clause. A couple of provinces have, rather sadly, in my opinion.

I agree with you, Senator Beaudoin. The problem here is the RCMP and CSIS and Immigration and the failure to deport. Numbers are being cast around here as if hundreds of these people were freeloaders. I would like some substantiation of those numbers.

The failure to deport after a decision has embarrassed the IRB greatly. There is not enough personnel in the immigration department to effectively remove those people who have abused the system. Most immigrants and refugee claimants are here legitimately. Let us not get carried away here.

Senator Beaudoin: In any case, there is no notwithstanding clause in the bill.

Mr. Fairweather: No.

Senator Beaudoin: However, since it was proposed by an expert, I want to ask about it. In my opinion, that is not the problem.

Je n'ai reçu aucune réponse à cette lettre.

Le sénateur Beaudoin: Si je peux résumer ces exposés, je dirais qu'il y a un problème de définition. Le projet de loi ne contient pas beaucoup de définitions. C'est un domaine où il faut avoir des définitions. Avec de bonnes définitions, nous pourrions savoir ce qu'il convient d'adopter et ce qu'il ne faut pas adopter.

J'aimerais revenir à la clause nonobstant. Je suis personnellement en faveur de la Charte des droits. Je pense que notre Charte des droits est excellente. Je ne pense pas que le recours à la clause nonobstant permettrait de résoudre ce problème. Ce n'est pas là qu'est le problème, d'après moi. Les tribunaux sont là pour interpréter la Charte des droits. C'est la Constitution du Canada. Ils ont acquis une grande expérience dans ce domaine, puisqu'ils ont rendu plus de 400 décisions au sujet de la Charte.

Ma question s'adresse à M. Fairweather et à tous les autres.

Je ne vois pas la nécessité d'utiliser un tel procédé. Dès le départ, je ne pensais pas que nous aurions besoin de l'article 33. Cette disposition pourrait peut-être être utilisée en cas d'urgence mais nous ne sommes pas encore dans cette situation-là à l'heure actuelle. Monsieur Fairweather, que pensez-vous du recours à la clause nonobstant?

M. Fairweather: Je pensais que je m'étais exprimé clairement. J'ai beaucoup d'affection et de respect pour les personnes qui sont ici. Cependant, la clause nonobstant a été insérée, d'après ce que je sais, pour que les provinces de l'Alberta et du Manitoba acceptent d'appuyer ce changement constitutionnel majeur.

Le président a déclaré que les sénateurs savaient ce qu'étaient des fausses accusations. Je vais utiliser une autre expression. C'était un simple écran de fumée, assez bien préparé, d'ailleurs. Le gouvernement du Canada a indiqué clairement qu'il n'avait aucune intention de recourir à la clause nonobstant. Il y a quelques provinces qui l'ont fait, ce qui est assez triste, d'après moi.

Je suis d'accord avec vous, sénateur Beaudoin. Le problème vient de la GRC, du SCRS, de l'Immigration et du fait qu'on n'expulse personne. On lance ici des chiffres comme s'il y avait des centaines de profiteurs. J'aimerais que l'on donne la source de ces chiffres.

La CISR a toujours été très embarrassée de constater que les demandeurs de statut déboutés n'étaient jamais expulsés du Canada. Le ministère de l'immigration n'a pas le personnel qu'il faudrait pour procéder à l'expulsion des gens qui ont profité du système. La plupart des immigrants et des demandeurs de statut se trouvent au Canada de façon tout à fait légitime. Il ne faudrait pas exagérer.

Le sénateur Beaudoin: De toute façon, ce projet de loi ne contient pas de clause nonobstant.

M. Fairweather: Non.

Le sénateur Beaudoin: Cependant, puisque cela a été proposé par un spécialiste, j'aimerais en parler. Je pense que le problème ne vient pas de là.

Mr. Bauer: Senator, I personally do not share the view about the notwithstanding clause for two reasons. First, it has been used, unfortunately, in special circumstances. We do not need that damage or political controversy now.

The second point is that it would not do any good. The United Kingdom does not have a Charter of Rights and Freedoms. It is basically based on the common law and now on the European Declaration of Human Rights. All European countries are bound by their human rights law. They can take action within that, and it is just as strong as our Charter of Rights and Freedoms.

However, the U.K., even before this came along, could not do anything about it because the courts said people are entitled to fundamental justice and all of the same things as are in the Charter of Rights and Freedoms. Even if you did use the notwithstanding clause, common law and precedence would accomplish the same thing in justice. I want to ensure that you do not think I was advocating this. I do not think it would do any good because we are long past the time when we can remove rights from anyone who appears before a Canadian court.

Senator Beaudoin: On the issue of definitions, it is a difficult and very important domain. Many of you said that we are somewhat generous. Perhaps this is the time to more clearly define the word "immigration" and some of the other words that we are using in the bill so that we know exactly where we are going. Do you agree with that, Mr. Bauer?

You said that the bill would need many amendments. However, if we introduce a few definitions, perhaps it would help tremendously.

Mr. Bauer: I am sorry, senator. I do not think it would. The definitions are all there. It is political will that is lacking as well as the clauses that would make it possible for officials to carry out their duties effectively.

Also lacking are the resources. Immigration agents have had their numbers reduced from 7,000 to 4,000 in the last few years. They cannot do the job. Imagine a jumbo jet arriving at midnight, and the person working that flight has been there for the whole shift. How can he or she interview anyone and take notes that can be compared for credibility at a full hearing? It does not work.

I have talked to dozens of police officers, and their coordination is not good. The RCMP does not co-operate with the Toronto or the Montreal police. The issue is outside the act and inside the act. However, the problem is not definition, it is will. That is my opinion, anyway.

Senator Beaudoin: We need more cooperation than definition.

Mr. Bauer: That is a good slogan.

M. Bauer: Sénateur, je ne partage pas personnellement cette opinion au sujet de la clause nonobstant pour deux raisons. Tout d'abord, cette clause a été utilisée dans des circonstances spéciales, ce qui est regrettable. Il ne serait pas souhaitable de soulever une telle controverse politique à l'heure actuelle.

Le deuxième point est que cela ne servirait à rien. Il n'y a pas au Royaume-Uni de Charte des droits et libertés. Le droit repose sur la common law et maintenant, sur la Déclaration européenne des droits de l'homme. Tous les pays européens sont liés par leurs lois sur les droits de la personne. Ils peuvent prendre des mesures en s'appuyant sur ces lois, ce qui leur donne un pouvoir tout aussi efficace que celui que nous donne la Charte des droits et libertés.

Cependant, le Royaume-Uni n'a rien pu faire à ce sujet, avant les événements, parce que les tribunaux ont déclaré que ces personnes avaient droit à la justice fondamentale et à toutes les choses que l'on trouve dans la Charte des droits et libertés. Même en utilisant la clause nonobstant, on arriverait au même résultat devant les tribunaux avec la common law et les précédents. Je tiens à être certain que vous ne pensez pas que je proposais cette solution. Je pense qu'elle ne donnerait aucun résultat parce que cela fait bien longtemps qu'il est impossible de supprimer certains droits à quelqu'un qui est jugé par un tribunal canadien.

Le sénateur Beaudoin: La question des définitions est très délicate et très importante. Vous êtes nombreux à avoir dit que nous étions quelque peu généreux. Il est peut-être temps de définir plus clairement le terme «immigration» ainsi que certains autres que nous employons dans le projet de loi de façon à savoir exactement ce que nous entendons faire. Êtes-vous d'accord, monsieur Bauer?

Vous avez déclaré qu'il fallait apporter de nombreuses modifications au projet de loi. Toutefois, nous pourrions peut-être faire avancer énormément les choses en précisant un certain nombre de définitions.

M. Bauer: Je regrette, monsieur le sénateur, mais je ne le pense pas. Les définitions sont bien toutes là. C'est la volonté politique qui fait défaut, ainsi que les définitions devant permettre aux responsables d'assumer pleinement leurs obligations.

Il y a aussi un manque de ressources. On est passé de 7 000 à 4 000 agents d'immigration ces dernières années. Ils ne peuvent pas faire le travail. Imaginez un avion gros-porteur qui arrive à minuit, le responsable chargé du contrôle des passagers de ce vol ayant déjà toute une journée de travail derrière lui. Comment va-t-il pouvoir interroger tout le monde et prendre des notes permettant d'asseoir sa crédibilité lors d'une audience en bonne et due forme? C'est impossible.

J'ai parlé à des dizaines d'agents de police, et la coordination des services n'est pas bonne. La GRC ne collabore pas avec la police de Toronto ou de Montréal. Les problèmes se trouvent dans la loi et en dehors de la loi. Ce n'est toutefois pas un problème de définition, c'est une question de volonté d'agir. C'est ce que je pense, en tout cas.

Le sénateur Beaudoin: Ce n'est pas de définitions mais d'une meilleure collaboration dont nous avons besoin.

M. Bauer: C'est un bon slogan.

The Chairman: It is better than "the land is strong."

Mr. Bissett: I just wish to say that I do not agree with Mr. Bauer and I do agree with Mr. Manion. There is no question that the Charter has inhibited the implementation of any stronger measures against asylum seekers. I mentioned the measures that Europeans are using. If we put those measures into effect in Canada they would probably run up against the Charter and would be declared null and void.

Let me give you an example. In 1992, Germany received 438,000 asylum seekers. It became an alarming number. It was a target for asylum seekers from all over the world because it had a very generous constitution. Following the Nazi regime, the new German constitution was one of the most liberal in the world. It matched our Charter of Rights and Freedoms. However, in the face of 438,000 asylum seekers in 1992, Germany quickly, in 1993, changed its constitution and put into effect all of those measures that I outlined today. Last year, Germany received just over 90,000 asylum seekers. It had to change its constitution.

We may put up with 45,000 this year and maybe 80,000 next year, but when it reaches 100,000 or 200,000, I am afraid we will have to do something. Whatever we do, without the notwithstanding clause, as much as we might hate it, that is inevitable. It is a matter of time.

Senator Beaudoin: Thus, we should address the asylum system.

Mr. Bissett: Absolutely.

Mr. Lorne Waldman: Mr. Chairman, I told people around the Hill that I was summoned by the Senate and several of them fainted. If I do not go home, it will be quite serious.

Senator Wilson: I applaud Mr. Fairweather's citing of the *Singh* case because I think it was a positive landmark. I sat on the refugee board for six years and I know about the training that went on there. I back you on that, too.

You mentioned that CSIS and the RCMP withhold information and they should not. Can you address that? How would the accountability change the procedures in decision making?

Mr. Waldman: I do not see why information of both these agencies of government cannot be used to warn or discuss with immigration officers who are making major decisions about people coming here. What do these people do, if they are not communicating?

Senator Wilson: There is no systematic way to do that, right now.

Mr. Waldman: I am told that the turf wars are quite active. Mr. Manion tells me that is not so. That is fine. He will tell you it is not so.

Le président: Meilleur que celui qui consiste à dire: «notre pays est fort.»

M. Bissett: Je tiens simplement à dire que je ne suis pas d'accord avec M. Bauer ni avec M. Manion. Il est indéniable que la Charte a gêné la mise en place de mesures plus strictes à l'encontre des demandeurs d'asile. J'ai évoqué les mesures mises en place par les Européens. Si nous les mettions en oeuvre au Canada, il est probable qu'elles se heurteraient à la Charte et qu'elles seraient déclarées nulles et inopérantes.

Je vais vous donner un exemple. En 1992, l'Allemagne a reçu 438 000 demandeurs d'asile. C'était un chiffre alarmant. Ce pays était la cible privilégiée des demandeurs d'asile du monde entier en raison de sa constitution très généreuse. À l'issue du régime nazi, la nouvelle Allemagne s'était dotée d'une constitution parmi les plus libérales du monde. Elle était à la hauteur des dispositions de notre Charte des droits et libertés. Il n'en reste pas moins qu'en présence de 438 000 demandeurs d'asile en 1992, l'Allemagne a rapidement modifié sa constitution en 1993 et a mis en application toutes les mesures que j'ai évoquées aujourd'hui. L'année dernière, l'Allemagne n'a enregistré qu'un peu plus de 90 000 demandes d'asile. Il lui a fallu pour cela changer sa constitution.

Nous pouvons éventuellement nous accommoder de 45 000 demandes cette année et peut-être même de 80 000 l'année prochaine, mais lorsque nous atteindrons 100 000 ou 200 000 demandes, j'ai bien peur qu'il nous faille faire quelque chose. Quoi que nous fassions, et même si nous détestons agir ainsi, il nous faudra bien invoquer la disposition d'exemption, c'est inévitable. Ce n'est qu'une question de temps.

Le sénateur Beaudoin: Il nous faut donc régler la question du processus d'octroi d'un asile.

M. Bissett: C'est indispensable.

M. Lorne Waldman: Monsieur le président, j'ai annoncé aux gens de la Colline que j'étais convoqué par le Sénat et plusieurs personnes ont failli s'évanouir. Si je ne rentre pas chez moi, la situation sera grave.

Le sénateur Wilson: Je félicite M. Fairweather d'avoir cité l'affaire *Singh* parce que je considère que ce fut un tournant positif. J'ai siégé à la commission du statut de réfugié pendant six ans et je suis au courant de la formation qui s'y est faite. Je vous appuie aussi sur ce point.

Vous nous avez dit que le SCRS et que la GRC ne devraient pas retenir l'information comme ils le font. Pouvez-vous approfondir la question? Dans quelle mesure une bonne répartition des responsabilités influe sur les décisions?

M. Waldman: Je ne vois pas pourquoi les renseignements transmis par ces organismes du gouvernement ne pourraient pas être utilisés pour informer ou avertir les agents d'immigration chargés de prendre les grandes décisions concernant les gens qui entrent chez nous. Que font ces responsables s'ils ne communiquent pas les renseignements?

Le sénateur Wilson: Il n'y a aucun moyen systématique de le faire à l'heure actuelle.

M. Waldman: On me dit que les querelles de clochers sont fréquentes. M. Manion m'affirme qu'il n'en est rien. Très bien, il vous dira qu'il n'en est rien.

Mr. Manion: Mr. Chairman, I really did not say that to Mr. Fairweather.

The Chairman: Thank you for coming.

Mr. Waldman: I enjoyed this.

Mr. Manion: Undoubtedly there are turf wars and failures in coordination, but the police and security people do inform immigration that there is a problem. They may not inform immigration of the details of the information on which they base the judgment that there is a problem. Sometimes that information comes from intelligence sources or from informants and disclosure would imperil those informants if that information were given out.

However, there is a notification — at least there was in my day — passed to security sources to indicate a security problem, or a criminal problem, as is the case. As deputy minister, I always had the right, in the final analysis, to approach the RCMP and request to see what it had, and that was always given to me.

Mr. Collacott: I will pick up on what Mr. Manion said in his first presentation and on what Mr. Bissett said, that the Charter has had a profound impact on the refugee determination system. The Auditor General mentioned that in his report, which I referred to earlier. Needless to say, he did not recommend using the notwithstanding clause — that would not have been appropriate.

In Bill C-11 there is a clause that states that it will ensure that any person seeking to enter Canada is subject to standards, policies and procedures consistent with the Charter of Rights and Freedoms. That, in effect, ensures that it can be invoked not only by people who arrived on our shores illegally, but by anyone in the world — anyone who wants to come to Canada. At least it could be interpreted that way. This, again, is an even greater lawyers' paradise because there can be legal challenges all over the world.

One of the problems we have now is that our immigration officers are so overloaded with representations from lawyers and consultants that they can barely do their jobs. Mr. Kurland from LEXBASE, from whom you heard earlier, had Access to Information reports from our missions in Moscow and Kiev such that they are so overloaded with representations that they really cannot keep track of all of potential criminals. The pressure is to keep issuing visas to bring reach the per cent per year, not to check out people thoroughly.

Senator Di Nino: As my colleague Senator Robertson asked a couple of minutes ago, where does one start? We have heard profound comments. I had in mind to cite some of them, but because time is restricted, I will let that pass.

We have been urged by the minister and by the government side of the Senate, to pass the bill quickly because the minister requires it to be able to do the job, particularly after September 11. Ms Caplan has publicly made these comments

M. Manion: Monsieur le président, ce n'est pas vraiment ce que j'ai dit à M. Fairweather.

Le président: Merci d'être venu.

M. Waldman: Ce fut un plaisir pour moi.

M. Manion: Il est indéniable qu'il y a des querelles de clochers et un manque de coordination, mais la police et le personnel chargés des renseignements ne manquent pas d'informer les agents d'immigration lorsqu'il y a un problème. Il est possible qu'ils ne transmettent pas aux agents d'immigration tous les détails du dossier qui leur fait dire qu'il y a un problème. Parfois, cette information provient des services de renseignement ou d'informateurs susceptibles d'être mis en danger au cas où cette information viendrait à être connue.

Il y a toutefois une notification — du moins c'était le cas à mon époque — qui est faite aux responsables pour signaler qu'il y a un problème sur le plan de la sécurité ou de la criminalité, selon le cas. En ma qualité de sous-ministre, j'ai toujours eu le droit, en dernier recours, de rencontrer les responsables de la GRC et de leur demander ce qu'ils savaient précisément, ce qui m'a toujours été communiqué.

M. Collacott: Je reviendrai sur ce que M. Manion a déclaré dans son exposé et sur ce que M. Bissett a repris, à savoir que la Charte a eu de profondes répercussions sur le processus de reconnaissance du statut de réfugié. Le vérificateur général l'a indiqué dans le rapport que j'ai évoqué tout à l'heure. Il va sans dire qu'il n'a pas recommandé le recours à la disposition d'exemption — ça n'a pas été indiqué.

Une disposition du projet de loi C-11 prévoit que toute personne qui veut entrer au Canada doit se voir appliquer des normes, des politiques et des procédures conformes à la Charte des droits et libertés. Dans la pratique, cela permet non seulement aux personnes parvenues illégalement sur notre territoire, mais aussi à n'importe quel habitant du monde, à tous ceux qui veulent entrer au Canada, d'invoquer automatiquement cette disposition. Du moins, c'est ainsi qu'on peut l'interpréter. Là encore, c'est une véritable aubaine pour les avocats étant donné que l'on peut tenter des poursuites partout dans le monde.

L'une de nos difficultés à l'heure actuelle, c'est que nos agents d'immigration sont tellement harcelés par les avocats et par les consultants qu'ils ne peuvent pratiquement plus faire leur travail. M. Kurland, de LEXBASE, que vous avez entendu précédemment, a pu consulter des rapports d'information de nos missions de Moscou et de Kiev, qui affirment que ces missions doivent faire face à un tel nombre de sollicitations qu'elles ne peuvent pas vraiment suivre tous les dossiers des criminels éventuels. Il leur faut absolument atteindre le quota annuel de visas, ce qui les empêche de contrôler à fond les dossiers.

Le sénateur Di Nino: Pour reprendre la question posée par le sénateur Robertson il y a quelques minutes, par où commencer? On nous a fait des observations judicieuses. Je voulais en citer quelques-unes mais, comme nous n'avons pas beaucoup de temps, je m'en abstiendrai.

La ministre et les sénateurs appartenant au parti du gouvernement nous ont adjurés d'adopter rapidement ce projet de loi parce que la ministre en avait besoin pour s'acquitter de sa tâche, notamment après ce qui s'est passé le 11 septembre.

everywhere. We have also heard, from officials of the ministry, that the bill will not see the light of day until, at the earliest, spring. The bar association told us that it has been told that the government is shooting for a July 1, 2002 target.

My question is to all of you and I wish all of you would make a comment. Does Bill C-11 fix anything that the minister requires and that the Government of Canada requires to do the job today?

Mr. Bissett: I believe the contrary is true. There are some housekeeping items in the bill that, on the surface, appear to be tightening up on terrorism and so on. The fines for traffickers, for example, have been increased substantially. That looks good, but the fact is we never catch traffickers. The traffickers who are running the Chinese boats into Vancouver are living in China. They do not come here. They hire Korean seamen to run the ships. That looks good, but it does not mean anything. I am happy to increase the fines to \$1 million, but you will not get any of the traffickers.

There are other parts of the bill that are of that nature. The fundamental problem is the asylum problem, where there are up to 40,000 people walking in and we do not know who they are. There is nothing in the bill that addresses that issue. Indeed, the bill makes it easier for people to come. Unlike other countries in the world that are concerned about the UN definition being too broad, this bill broadens the UN definition. It says anyone can come here, claim persecution and get a fair hearing. A fair hearing means that person will be in the country from two to three years. You can marry, as Tom Kent said in his article.

The game is not to seek protection but to gain access. Once you are in the country, you are in. The traffickers know this and they guarantee people that. They say, "Don't worry, we'll get you to Canada on false documents and, once you are in, we guarantee you two years and then you are on your own."

That is the problem. The bill does not address that. The bill makes it easier. The bill broadens the definition of a refugee. Why? All other countries in the world are concerned about this. The UN definition is quite broad. We are now broadening it to include everyone who needs protection. We are incorporating the Convention Against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Those who come now — and there are two cases before the Supreme Court — who are terrorists or murderers can claim that if we send them back they might be subject to torture. We will not be able to send those people back. I am concerned about this.

Mme Caplan a répété partout ces propos. Les fonctionnaires du ministère nous ont dit par ailleurs que ce projet de loi ne verrait pas le jour avant le printemps, au plus tôt. L'association du barreau nous a fait savoir que le gouvernement lui avait dit qu'il s'était donné l'échéance du 1^{er} juillet 2002.

Voici la question que je vous pose à tous et à laquelle j'aimerais que vous me répondiez. Est-ce que le projet de loi C-11 règle quoi que ce soit dont ont besoin la ministre et le gouvernement du Canada pour s'acquitter aujourd'hui de leurs obligations.

M. Bissett: Je considère que c'est le contraire. Il y a dans le projet de loi des dispositions d'ordre administratif qui, à première vue, semblent renforcer par exemple la lutte contre le terrorisme. On peut citer les amendes imposées aux organisateurs du trafic, qui ont été fortement augmentées. Voilà qui paraît bel et bon, mais en réalité nous n'attrapons jamais les organisateurs du trafic. Ceux qui arment les bateaux chinois qui se rendent à Vancouver habitent en Chine. Ils ne viennent pas chez nous. Ils engagent des marins coréens qui conduisent les navires jusqu'à nous. C'est une mesure apparemment excellente, mais qui n'a aucune signification. Je suis bien content que l'on ait porté les amendes à 1 million de dollars, mais les organisateurs du trafic continueront à courir.

D'autres dispositions du projet de loi vont dans le même sens. Le gros problème, c'est celui de l'asile, jusqu'à 40 000 personnes se trouvant sur notre territoire sans que nous sachions exactement où elles se trouvent. Aucune disposition du projet de loi ne règle ce problème. Au contraire, le projet de loi rend la chose plus facile. Contrairement à d'autres pays qui, dans le monde, s'inquiètent du fait que la définition de l'ONU est trop large, ce projet de loi élargit encore la définition de l'ONU. On nous dit que n'importe quelle personne peut arriver chez nous, faire état d'une persécution et obtenir que sa cause soit entendue en bonne et due forme. Cela signifie qu'elle va pouvoir rester sur notre territoire pendant deux à trois ans. Dans cet intervalle, on peut toujours se marier, comme l'a dit Tom Kent dans son article.

Le but du jeu, ce n'est pas d'obtenir une protection, mais d'arriver à entrer. Une fois que vous êtes sur le territoire, vous n'avez plus de souci à vous faire. Les organisateurs du trafic le savent et c'est ce qu'ils garantissent aux demandeurs. Ils leur disent: «Ne vous inquiétez pas, nous allons vous faire entrer au Canada avec de faux papiers et, une fois sur le territoire, nous vous garantissons deux années de sursis après quoi ce sera à vous de jouer.»

Le problème est là. Le projet de loi n'en tient pas compte. Il rend la chose plus facile. Il élargit la définition d'un réfugié. Pour quelle raison? Tous les autres pays du monde sont conscients du problème. La définition de l'ONU est très large. Nous l'élargissons maintenant à toute personne ayant besoin de protection. Nous intégrons les dispositions de la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Ceux qui arrivent aujourd'hui — et il y a deux affaires en instance devant la Cour suprême — sont des terroristes ou des meurtriers en mesure d'affirmer que si nous les renvoyons chez eux, ils risquent la torture. Nous ne pourrions pas les renvoyer chez eux. C'est une chose qui m'inquiète.

Senator Di Nino: The minister does not need Bill C-11 to do the job that she claims. Is that right?

Mr. Bissett: No, she does not.

Senator Di Nino: I am not trying to lead you, but that is the question I would like answered.

Mr. Bissett: This bill is deeply flawed. It will make it easier for people to come and harder to get rid of them. The current legislation is not perfect, but it does almost everything the bill does. If the government had the courage to bring in the safe third country rule, we would not have the IRB in Toronto approving 75 per cent of Mexican cases. Can you imagine that? Seventy-five per cent of Mexicans who come to Canada and claim refugee status are approved by the IRB in Toronto.

Mr. Collacott: I believe it would be extremely unwise to pass the bill in a hurry, especially after September 11. The Americans would think that we have taken leave of our senses if we passed it in its current form. I notice the Minister of Justice said she needs a thorough look at her bill to stop terrorist fundraising. I do not know why the same thing is not happening with Bill C-11, since the whole field is changing because of what happened on September 11.

There are far more fundamental problems that ought to be reviewed. I suppose I am the only one who went into immigration, apart from refugee protection. I am very disturbed by the attacks on members of our minority communities. My wife is a member of a minority community. I think this is the tip of the iceberg in terms of what we should be examining much more thoroughly to determine what is happening there.

It would be a great mistake not to have a fundamental review of different parts of this bill. It would be a disaster, frankly.

Mr. Manion: I agree with that.

Senator Di Nino: Mr. Bauer, you said you think the exercise is "to give Canadians the feeling that something is being done." That is your quote. I believe that is correct.

Mr. Manion: Yes, it is.

Senator Di Nino: Can you comment, please?

Mr. Bauer: Let me be frank, if I may, Mr. Chairman. What I am about to say is anecdotal, but it may explain the situation. When, what I call the citizenship and immigration committee of the other place, goes on the road it goes to Montreal, Toronto, Vancouver and Winnipeg. When I read the transcripts of those meetings, it is always the same people who testify. One such group is the Canadian Council for Refugees. It represents 160 organizations and went to Durban and accused Canada of being xenophobic and racist in its immigration policies, which was an outrage. There are all sorts of pressure groups. Except for Mr. Collacott in Vancouver, I cannot recall, in the last consultations on this bill, a single disinterested Canadian citizen. They are all working. They are not bureaucrats working for NGOs and pressure groups. They are not lawyers getting paid in

Le sénateur Di Nino: La ministre n'a pas besoin du projet de loi C-11 pour accomplir la tâche qu'elle allègue. C'est bien ça?

M. Bissett: Non, elle n'en a pas besoin.

Le sénateur Di Nino: Je ne veux pas parler à votre place, mais c'est la question à laquelle j'aimerais avoir une réponse.

M. Bissett: Ce projet de loi présente de sérieuses lacunes. Il facilitera l'entrée des gens et nous compliquera la tâche lorsque nous voudrions nous en débarrasser. La loi actuelle n'est pas parfaite, mais elle permet pratiquement d'obtenir tout ce qu'on obtient avec ce projet de loi. Si le gouvernement avait le courage de faire jouer la règle du tiers pays sûr, la CISR n'accepterait pas à Toronto 75 p. 100 des dossiers mexicains. Pouvez-vous imaginer la chose? Soixante-quinze pour cent des Mexicains qui entrent au Canada et qui réclament un statut de réfugié sont agréés par la CISR à Toronto.

M. Collacott: Je pense qu'il serait tout à fait déraisonnable d'adopter ce projet de loi à la hâte, notamment après ce qui s'est passé le 11 septembre. Les Américains penseraient que nous sommes devenus fous si nous l'adoptons sous sa forme actuelle. Je constate que la ministre de la Justice a déclaré qu'elle avait besoin de revoir à fond son projet de loi pour bloquer les levées de fonds effectués par les terroristes. Je ne vois pas pourquoi il n'en va pas de même avec le projet de loi C-11 étant donné que depuis le 11 septembre la situation a complètement changé.

Il y a des problèmes bien plus fondamentaux que l'on doit réexaminer. J'imagine que je suis le seul à avoir abordé l'immigration en plus de la protection des réfugiés. Je suis très inquiet des attaques portées à l'encontre des membres de nos minorités. Ma femme fait partie d'une minorité. Je pense que ce n'est que la pointe de l'iceberg si l'on veut examiner de manière bien plus approfondie tout ce qui se passe ici.

Ce serait une grosse erreur de ne pas revoir à fond les différentes parties de ce projet de loi. Disons-le bien franchement, ce serait catastrophique.

M. Manion: Je suis bien d'accord.

Le sénateur Di Nino: Monsieur Bauer, vous avez déclaré qu'à votre avis cet exercice «visait à donner l'impression aux Canadiens que l'on faisait quelque chose.» C'est ce que vous avez déclaré. Je pense que je vous cite correctement.

M. Manion: Oui, en effet.

Le sénateur Di Nino: Pouvez-vous nous donner davantage de précisions?

M. Bauer: Je vais vous parler franchement, si vous me le permettez, monsieur le président. Je vais vous parler d'un cas particulier, mais je pense qu'il illustre bien la situation. Lorsque le Comité de la citoyenneté et de l'immigration de ce que j'appelle l'autre Chambre est en déplacement, il va à Montréal, à Toronto, à Vancouver et à Winnipeg. En lisant le procès-verbal de ces séances, je peux voir que ce sont toujours les mêmes qui témoignent. Il y a entre autres le Conseil canadien pour les réfugiés. C'est un groupe qui représente 160 organisations et qui est allé à Durban accuser le Canada d'avoir des politiques d'immigration xénophobes et racistes, ce qui est une honte. Toutes sortes de groupes de pression viennent témoigner. Si l'on excepte M. Collacott à Vancouver, je ne me souviens pas qu'un seul citoyen canadien désintéressé soit venu témoigner lors des

this business — some 600 of them. They are just ordinary citizens who are very unhappy. They become unhappy periodically, but then everybody says, "It's all right." Minister Caplan goes to China and talks to the corrupt people in the security bureau. They say, "We will not let anybody leave anymore." She says, "We are okay now. We will not have any more Chinese off the West Coast." I wrote an article for the *Reader's Digest* which was made public on the same day the boats landed off Vancouver Island.

Senator Di Nino: I read it.

Mr. Bauer: The editors at *Reader's Digest* said they had never received so many letters from Canadians about any other article in the entire history of the magazine. They put a lot of letters on the Web site, along with the article, and I read them. They were not rednecks, racists, members of the Heritage Front and Nazis. They were worried Canadians, saying, "What's going on here?" They said, "Send them back," and we cannot do that. It is not something I would argue. What really concerns Canadians is that they have believed all along that the government and the IRB were looking after refugees. They saw Hungarians and Indo-Chinese boat people. They were proud of this. They took the Kosovars. They were proud of that and they gave their hearts. Yet they know there are rotten apples in the system and that no one is doing anything to cure it. This bill will just make it worse.

Senator Di Nino: Mr. Manion, one of the serious concerns we have about this bill is the reference to it as framework legislation, which seems to give the minister huge draconian powers to regulate. It seems that we will legislate regulation. With your background, would you comment on that? Is it appropriate? Is it good?

Mr. Manion: Mr. Chairman, I have to say that I think it is appropriate. Immigration is an area which is constantly changing. To try to embed everything in the legislation is a recipe for setting our feet in concrete. We have to have flexibility, and that we get by providing for regulations.

I am a little horrified when I hear how long it will take for the regulations to be prepared to go with this bill. I cannot believe that, in the time the government has spent preparing this bill, regulations have not been drafted.

I remember when we led the 1976 overhaul of the Immigration Act through Parliament. It was a massive piece of work. We tabled in the committee the draft regulations that we intended to pass under that act. They had been drafted and they were ready.

Senator Di Nino: Was that done at the same time?

dernières consultations menées au sujet de ce projet de loi. Les citoyens travaillent tous. Ce ne sont pas des fonctionnaires à la solde des ONG et des groupes de pression. Ce ne sont pas des avocats payés pour faire ce travail — on en compte environ 600. Ce sont de simples citoyens qui sont très mécontents. Régulièrement ils font état de leur mécontentement et tout le monde leur répond: «Ne vous en faites pas.» La ministre Caplan est allée en Chine discuter avec les responsables corrompus du bureau de sécurité. Ces derniers lui ont dit: «Nous ne laisserons plus partir personne.» Elle nous affirme alors «Tout est réglé désormais. Nous ne verrons plus arriver de Chinois sur la côte Ouest.» J'ai rédigé pour le *Reader's Digest* un article qui a été publié le jour même où les navires ont débarqué sur l'île de Vancouver.

Le sénateur Di Nino: Je l'ai lu.

M. Bauer: Les responsables de la publication du *Reader's Digest* ont déclaré que depuis que la revue existait aucun article n'avait suscité autant de lettres envoyées par des Canadiens. Ils ont affiché au côté de l'article un grand nombre de lettres sur leur site Internet. Je les ai lues. Elles n'émanent pas d'extrémistes, de racistes, de membres de l'Heritage Front ou de nazis. Ce sont des Canadiens mécontents qui nous disent: «Qu'est-ce que c'est que ça?» Ils nous demandent «de renvoyer ces gens», ce que nous ne pouvons pas faire. Ce n'est pas quelque chose que je préconise. Ce qui préoccupe véritablement la population canadienne, c'est qu'elle a toujours estimé que le gouvernement et que la CISR s'occupait de la question des réfugiés. Elle a vu ce qui s'était passé pour les Hongrois et pour les réfugiés de la mer indochinoise. Elle en a ressenti de la fierté. Elle a accueilli les Kosovars. Elle l'a fait de bon cœur et avec fierté. Pourtant, elle sait qu'il y a de mauvais éléments au sein du système et que personne ne fait rien pour corriger la situation. Ce projet de loi ne va faire qu'empirer les choses.

Le sénateur Di Nino: Monsieur Manion, l'une des choses qui nous inquiètent particulièrement au sujet de ce projet de loi, c'est le fait que c'est un projet de loi cadre, qui semble donner à la ministre d'énormes pouvoirs de réglementation. Il semble que nous allons légiférer sous forme de règlement. Qu'avez-vous à dire à ce sujet compte tenu de la formation qui est la vôtre? Est-ce justifié? Est-ce une bonne chose?

M. Manion: Monsieur le président, il me faut bien dire que c'est à mon avis justifié. L'immigration est un domaine qui évolue constamment. C'est se lier les mains que de chercher à tout prévoir dans la loi. Nous devons pouvoir disposer d'une certaine marge de manoeuvre, et ce sont les règlements qui nous donnent cette possibilité.

Je suis quelque peu horrifié lorsque j'entends dire qu'il faudra énormément de temps pour adopter les règlements d'application de ce projet de loi. Je ne peux pas croire qu'avec tout le temps dont il a disposé pour élaborer ce projet de loi, le gouvernement n'ait pas encore rédigé la réglementation.

Je me souviens de la façon dont nous avons fait adopter en 1976 la refonte de la Loi sur l'immigration. C'était un texte d'importance majeure. Nous avons déposé devant le comité le projet de réglementation que nous avions l'intention d'adopter en application de cette loi. Elle avait déjà été rédigée et elle était prête.

Le sénateur Di Nino: Ça été fait en même temps?

Mr. Manion: I cannot believe that somebody has not done some work on this.

My concern is not so much about the size of the immigration movement but the content of the immigration movement. My concern is that judgments about these things should be made by the Government of Canada, not by crooks, by terrorist organizations, by unscrupulous lawyers and unscrupulous immigration consultants. That is not to say that all of them are these things. Those who are insulted by these remarks probably fall within those categories.

Immigration has been very important to Canada. However, at its peak, immigration has been run by ministers who know what they are doing, with the support of cabinet. The key decisions have been made by ministers, not by officials and not by interest groups. I will stop there.

Senator Di Nino: Do you feel that we could improve Bill C-11 to deal with the kinds of concerns that you just expressed?

Mr. Manion: My own view is that it should be scrapped and started again from scratch.

Senator LeBreton: After that comment, perhaps my question is irrelevant. A phrase that I have written down which has been mentioned by almost all of the witnesses in our deliberations on this bill is "lack of integration." There seems to be a great many silos. However, that is just a comment.

I am interested in your views on the immigrant investment program, in view of trafficking and laundering. Do you feel that there are enough safeguards in the immigrant investment program, or is that area also prone to tremendous abuse?

Mr. Manion: I think that the refugee process has become so mammoth that it is soaking up virtually all the available resources in the immigration portfolio. Governments in Canada are now spending something in the order of \$4 billion per year on immigration and refugee matters. Most of that is spent unproductively. There is not enough money for enforcement. There is not enough money for visa control overseas. There is not enough money for proper coordination. There is not enough money to supervise some of these programs. They are started and then run automatically over the telephone and by paper. That is no way to run an immigration program. I am horrified by what I see and what I hear every day from friends who have connections in the immigration service.

The morale in the immigration service is dreadful and deplorable. The service believes that it is running a very badly conceived and badly led program, that nobody understands its problems and that it is not resourced to deal with its problems.

M. Manion: Je ne peux pas croire que quelqu'un n'ait pas fait ce genre de travail.

Ce qui me préoccupe, ce n'est pas tant la taille des vagues d'immigration, mais leur composition. J'aimerais que les décisions prises à ce sujet le soient par le gouvernement du Canada et non pas par des escrocs, des organisations terroristes, des avocats marrons ou des consultants en immigration dénués de scrupules. Je ne veux pas dire par là qu'ils le soient tous. Ceux qui se sentent insultés par cette remarque relèvent probablement de ces catégories.

L'immigration a joué un rôle très important pour le Canada. Toutefois, à son apogée, l'immigration était placée sous la responsabilité de ministres qui savaient ce qu'ils faisaient, avec l'appui du conseil des ministres. Les décisions clés étaient prises par les ministres et non pas par des fonctionnaires ou par des groupes de pression. Je m'arrêterai là.

Le sénateur Di Nino: Avez-vous le sentiment que nous pourrions améliorer le projet de loi C-11 et faire en sorte qu'il remédie aux préoccupations que vous venez d'exprimer?

M. Manion: Je considère personnellement qu'il convient de l'oublier complètement et de recommencer à zéro.

Le sénateur LeBreton: Étant donné cette réponse, ma question n'a peut-être pas lieu d'être. J'ai pris note d'une expression que l'on retrouve dans la bouche de presque tous les témoins lors de nos délibérations sur ce projet de loi. Il s'agit «d'absence d'intégration». Il semble qu'il y ait de nombreux prés carrés. C'est toutefois une simple observation.

Je veux savoir ce que vous pensez du programme d'immigration des investisseurs du point de vue du trafic et du recyclage illégal de l'argent. Avez-vous le sentiment que le programme d'immigration des investisseurs comporte suffisamment de garde-fous ou est-ce qu'il y a là aussi d'énormes abus?

M. Manion: Je considère que le mécanisme d'accueil des réfugiés a pris tellement de place qu'il pompe pratiquement toutes les ressources du portefeuille de l'immigration. Les différents paliers de gouvernement au Canada consacrent à l'heure actuelle quelque 4 milliards de dollars par an aux questions d'immigration et d'obtention du statut de réfugié. La majeure partie de ces crédits sont dépensés en pure perte. On ne consacre pas suffisamment d'argent au contrôle de l'application des programmes. Il n'y a pas suffisamment d'argent pour superviser la délivrance des visas à l'étranger. Il n'y a pas suffisamment d'argent pour bien coordonner les programmes. On manque d'argent pour superviser certains d'entre eux. On les met en route et ils sont appliqués automatiquement par téléphone et sur dossiers. Ce n'est pas ainsi que l'on administre un programme d'immigration. Je suis horrifié par ce que je vois et par ce que j'entends dire tous les jours par des amis qui ont leurs entrées dans le service d'immigration.

Le moral du personnel d'immigration est bien bas et la situation est lamentable. Les gens du service estiment qu'ils administrent un programme bien mal conçu et bien mal dirigé, que personne ne comprend les enjeux et que l'on n'a pas suffisamment de ressources pour régler les problèmes.

Senator LeBreton: Are there any other comments on the Immigrant Investor Program? When you consider the amounts of money that were obviously behind the event on September 11, do you think there are enough safeguards surrounding the immigrant investment program? We bring people into the country simply because they will commit to spending certain amounts of money, setting up businesses in Canada and hiring certain numbers of people. Do you have any knowledge of abuse of this program?

Mr. Collacott: I would like to speak briefly to that. There have been major problems with that program. It was suggested 10 years ago in major reports that we may not even need the program because investment is supposed to go into risk capital and there is enough risk capital in Canada. It has been very popular for immigration consultants. There is a chapter on that subject in the book by Charles Campbell entitled *Citizenship Fire Sale*. Basically, you can immigrate to Canada without meeting normal immigrant requirements through this program. The average person coming in has relatively little education and cannot speak English or French. It is tremendously popular in certain circles. It has been complicated to some extent because of special provisions for Quebec. However, long ago it was suggested that it was not really required in terms of Canadian needs.

Mr. Bissett: It is a program that is vulnerable to a lot of abuse. We know that has happened in the past. I am inclined to agree with Mr. Collacott that we really do not need it. If immigrants with a lot of money want to come to Canada and to invest their money here, they are free to come. They do not need to come through this program. The program can and has been used by the Russian mafia, by the Chinese triads and others to buy their way into Canada.

Mr. Bauer: I would agree with what has been said. It is a shadowy area, as you know and is hard to pin down. Even when people are prosecuted, as they are about once every three years, not too many facts are revealed. I agree with the others that it is an unnecessary program. The chaps who were involved on September 11 had lots of money available to them. This is a wonderful way to plant sleepers in a society to await the time that you push a button, which may be five years from now. It avoids difficulties with security or anything else.

Senator Keon: One of the witnesses yesterday suggested that, fundamentally, the structural framework under which Bill C-11 was written was fundamentally flawed, that what was needed was legislation that would integrate the resources that are currently with the Department of Immigration with resources that can be used to ferret out criminal activity, et cetera. In that way the legislation could provide the Department of Immigration with the resources to deal intelligently with all these people who are now overwhelming the system.

Le sénateur LeBreton: Y a-t-il d'autres commentaires au sujet du programme d'immigration des investisseurs? Étant donné les quantités d'argent ayant de toute évidence été consacrées à l'organisation des attentats du 11 septembre, estimez-vous que le programme d'immigration des investisseurs s'entoure de suffisamment de garanties? Nous faisons venir des gens dans notre pays sur le simple engagement de leur part d'investir certains montants d'argent, d'établir des entreprises au Canada et d'engager du personnel. Savez-vous si ce programme a donné lieu à des abus?

M. Collacott: J'aimerais dire quelques mots à ce sujet. Ce programme a donné lieu à de graves difficultés. On a pu lire il y a 10 ans dans d'importants rapports que nous n'avions peut-être même pas besoin de ce programme étant donné que les investissements sont censés prendre la forme de capital de risque et qu'il y a déjà suffisamment de capitaux de risque au Canada. Il est très prisé par les consultants en immigration. L'ouvrage de Charles Campbell, intitulé *Citizenship Fire Sale* a un chapitre consacré à ce sujet. Pour l'essentiel, ce programme permet d'immigrer au Canada sans remplir les conditions que doivent respecter les immigrants normaux. En moyenne, les immigrants acceptés dans le cadre de ce programme ont relativement peu d'instruction et ne parlent ni anglais ni français. Ce programme est très couru dans certains milieux. La question se complique dans une certaine mesure du fait des dispositions spéciales s'appliquant au Québec. Il y a toutefois bien longtemps que l'on laisse entendre que le Canada n'en a pas véritablement besoin.

M. Bissett: C'est un programme sujet à de nombreux abus. Nous savons que cela s'est produit par le passé. Je suis tenté de dire avec M. Collacott que nous n'en avons pas vraiment besoin. Si des immigrants très fortunés veulent venir au Canada pour y investir leur argent, ils sont libres de le faire. Ils n'ont pas besoin de venir dans le cadre de ce programme. Ce programme peut être mis à profit, et l'a été, par la mafia russe, les triades chinoises et d'autres organisations, qui s'en sont prévaluées pour s'installer au Canada.

M. Bauer: Je suis d'accord avec ce qui vient d'être dit. C'est une zone d'ombre, vous le savez, et il est difficile de savoir ce qu'il en est exactement. Même lorsqu'on poursuit certains individus, ce qui se produit tous les trois ans environ, peu de faits sont révélés. Je suis d'accord avec les autres intervenants pour dire que c'est un programme inutile. Les individus à l'origine des attentats du 11 septembre avaient beaucoup d'argent à leur disposition. C'est un excellent moyen d'installer clandestinement des agents dans notre pays en attendant de les activer, ce qui peut très bien se produire dans cinq ans. On tourne ainsi les contrôles de sécurité et tous les autres obstacles de ce genre.

Le sénateur Keon: L'un de nos témoins d'hier nous a indiqué que la conception même du projet de loi était erronée quant au fond et que nous avions besoin d'une loi regroupant les ressources dont dispose actuellement le ministère de l'Immigration avec celles qui permettent d'extirper les activités criminelles, par exemple. La loi pourrait ainsi procurer au ministère de l'Immigration les ressources lui permettant de régler intelligemment tous les dossiers qui encombrant actuellement le système.

You gentlemen are obviously extremely knowledgeable. One of you suggested that the bill should be scrapped and that we start over. Another of you said that it is totally inadequate and that we should send it back.

I would like to ask all four of you what you think should be done with the legislation. If it is replaced, what kind of legislation should replace it?

Mr. Collacott: Is that an invitation for us to rewrite the legislation? After all, senator, we are all retired.

Senator Keon: I would like to hear from you about the fundamental structural framework within which perfect legislation could be written.

Mr. Bauer: Mr. Chairman, I do not think it is necessary. When we say throw the bill out and start over again, we do not mean throw everything out. There are parts of the bill that are fine. They reflect the previous act, which is working perfectly well. Last year this bill went around on the flying circus from city to city and all the interest groups complained about it. If you examine the softening that took place after that, one more tour and there will be no bill at all and everybody will just come in without having to go through any procedure.

You cannot change everything, but you can tighten up the front end so there is a more obvious obligation to consult with security people, et cetera, more time to do it and provide something to keep people from operating freely in our society while the more dubious ones are being checked.

Frankly, the most important change I would make would be to implement a professional civil service type of commission or organization for choosing members of the Immigration and Refugee Board as the current members retire.

In addition, I would avoid single member panels. The problem at the heart of this refugee issue is that the problem of numbers is constantly running into the problem of efficiency. When Mr. Showler was here the other day, he said, "We will streamline it and move more cases. We will do that by having single member boards." That means more decisions will be positive. There will be more positive decisions because reasons for the courts do not have to be written for positive decisions.

Another thing that should be forbidden completely to the board is the holding of accelerated hearings when there is not a full hearing. They do this for all sorts of groups, especially when the group is large. These are the ones where there are dangers. Yet these people simply come in with their lawyer and a refugee control officer and have a little chat — it is all from a little piece of paper. I have seen the same paper, the same story turn up in the morning and the afternoon for two different claimants. It is routine. Lawyers recycle these things. They have their clerks do

De toute évidence, vous possédez tous, messieurs, une très grande compétence. L'un d'entre vous propose que l'on écarte purement et simplement le projet de loi et qu'on reparte de zéro. Un autre considère qu'il est totalement défectueux et qu'il convient de le renvoyer devant l'autre Chambre.

J'aimerais que vous me disiez tous les quatre ce que vous pensez que l'on doit faire de cette loi et, si elle doit être remplacée, par quel type de législation?

M. Collacott: Est-ce que vous nous invitez à rédiger une toute nouvelle loi? Après tout, sénateur, nous sommes tous à la retraite.

Le sénateur Keon: J'aimerais que vous me disiez quel est le cadre conceptuel qui doit être adopté pour que la loi soit parfaite.

M. Bauer: Monsieur le président, je ne pense pas que ce soit nécessaire. Lorsque nous vous demandons d'écarter le projet de loi et de repartir de zéro, nous ne voulons pas dire par là qu'il faut tout rejeter. Certaines parties du projet de loi ne posent aucun problème. Elles reflètent la loi antérieure, qui donne d'excellents résultats. L'année dernière, le cirque des consultations menées sur ce projet de loi a fait le tour des villes et tous les groupements d'intérêt s'en sont plaints. Lorsqu'on voit à quel point elle a été édulcorée par la suite, il suffirait que l'on organise une autre tournée pour qu'il n'y ait finalement plus de projet de loi du tout, tout le monde pouvant entrer chez nous sans passer par aucun contrôle.

On ne peut pas tout changer, mais on peut renforcer les contrôles au départ de façon à ce que l'on ait plus nettement l'obligation de consulter les responsables de la sécurité, par exemple, que l'on ait davantage de temps pour le faire et que l'on prévoit des dispositions permettant aux gens de se mouvoir librement au sein de notre société tout en contrôlant les éléments les moins recommandables.

Je dois vous avouer que le principal changement que je recommanderais serait de mettre en place une organisation ou une certaine forme de commission de la fonction publique appelée à choisir les membres de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié au fur et à mesure que les membres actuels prennent leur retraite.

En outre, j'éviterais aussi les jurys d'un seul membre. Au cœur de la question des réfugiés, il y a le problème des effectifs, qui remet constamment en cause l'efficacité du système. M. Showler est venu l'autre jour nous dire: «Nous allons rationaliser le système et accélérer l'étude des dossiers. Pour y parvenir, nous allons instaurer des jurys d'un seul membre.» Cela signifie un plus grand nombre de décisions favorables. Il y aura davantage de décisions favorables étant donné que dans ce cas les tribunaux n'ont pas à les motiver.

Il faudrait aussi interdire purement et simplement à la commission la possibilité de tenir des audiences accélérées lorsqu'il n'y a pas d'audience en bonne et due forme. Elle le fait pour toutes sortes de groupes, notamment lorsqu'il s'agit d'un grand groupe. Il s'agit des personnes qui sont en danger. Ces personnes se présentent tout simplement avec leur avocat devant un agent du contrôle des réfugiés et ont un petit entretien — tout se retrouve sur un petit bout de papier. J'ai vu ces papiers, on relit la même histoire le matin et l'après-midi pour deux

them. These people never see a member of the board. They never have to answer questions in a formal hearing. I would say that about 25 per cent to 30 per cent of these are Sri Lankans, Somalis, Mexicans and Argentineans who come in by the hundreds.

This gives nobody any knowledge of anything. Questioning is important to determine the credibility of a claimant. Questioning requires intelligence, skill and time. Those involved do not wish to spend time on questioning. You must resolve the conflict between volume and shortage of time. That means more resources and more members with lower salaries. They do not have to be paid \$90,000.

Mr. Collacott: I have far more fundamental problems with the immigration and refugee parts. There may be some parts that are salvageable, but I would have to put it in those terms. On the immigration side, we have strayed completely away from the interests of Canada. The performance of immigrants who have come in since 1980 has dropped sharply. Immigrants used to earn more than Canadians. By 1995, new immigrants had dropped to earning 60 per cent of what previous immigrants earned. There is a variety of different reasons for this, which are included in my written brief. The level of poverty is increasing, as is the use of welfare. There is a whole string of problems that are fundamental to the objectives of the immigration program and the racial reactions that have started to develop. I have been worried about this for some years and have written about it. A total and fundamental review must be made of immigration and the refugee system as well.

Mr. Manion: The basic problem is that there has been no problem definition. The problems that we confront in the immigration and refugee field have not been analyzed and defined properly. We are hitting out in different ways to approach this — sometimes effectively, sometimes ineffectively. The fundamentals must be examined. Perhaps a job for a Senate committee is to really have a thorough examination of immigration. There has been reluctance in Canada, for at least the last 50 years, to have an in-depth, public policy debate about immigration matters. If one begins a debate, that person becomes charged as a racist. Anybody who challenges the status quo is a racist or a fascist or some kind of a closet bad person of one kind or another.

We do need problem definition and I do not think this bill addresses the real problems. A year down the road, you will be examining another bill, another set of Band-Aids that purport to deal with this or that symptom, but not with the fundamental and underlying problems.

Mr. Bissett: The structure of the legislation is okay. I think that it is based primarily on the 1976 Immigration Act, which is looked upon throughout the world as a model of immigration legislation.

Since the 1976 act, there have been amendments and they have been chipping away at the structure; however, it is basically sound. The new bill does not do anything to address the real

demandeurs différents. C'est courant. Les avocats recyclent ce genre de choses. Ils ont des commis qui s'en chargent. Ces gens ne passent jamais devant un membre de la commission. Ils n'ont jamais à répondre à des questions lors d'une audience en bonne et due forme. Je dirais que 25 à 30 p. 100 de ces personnes sont des Sri-Lankais, des Somaliens, des Mexicains et des Argentins. Il y en a des centaines dans ce cas.

Personne ne sait rien dans un tel cas. Il est important de poser des questions pour déterminer la crédibilité d'un demandeur. Il faut de l'intelligence, des compétences et du temps pour poser des questions. Les personnes en place ne veulent pas passer leur temps à poser des questions. Il vous faut faire la part des choses entre la quantité de travail et le manque de temps. Il vous faut donc davantage de ressources et davantage de membres moins payés. Ils n'ont pas besoin de gagner 90 000 \$.

M. Collacott: Je ferai des réserves de nature bien plus fondamentale pour ce qui est de l'immigration et des réfugiés. Il se peut que certaines parties puissent être sauvées, mais il me faut dire ceci. En matière d'immigration, nous avons totalement oublié les intérêts du Canada. La situation des immigrants arrivés après 1980 s'est considérablement dégradée. Il fut un temps où les immigrants gagnaient davantage que les Canadiens. En 1995, les gains des nouveaux immigrants sont tombés à 60 p. 100 de celui des immigrants antérieurs. Cela s'explique par différentes raisons, que j'ai indiquées dans mon mémoire. La pauvreté augmente, de même que le recours à l'assistance sociale. Il y a tout un ensemble de problèmes qui expliquent quant au fond les objectifs du programme d'immigration et les réactions racistes qui se font jour. Je m'en inquiète depuis plusieurs années et je l'ai écrit. Une révision complète et de fond s'impose en matière d'immigration et de statut des réfugiés.

M. Manion: À la base, la difficulté vient du fait que l'on n'a pas défini les problèmes. Les problèmes que l'on rencontre en matière d'immigration et pour ce qui est des réfugiés n'ont pas été analysés et définis comme il se doit. Nous réagissons dans tous les sens pour remédier à la situation — parfois efficacement, parfois sans aucune efficacité. Une révision de fond s'impose. Il appartient éventuellement à un comité du Sénat d'examiner en profondeur la question de l'immigration. Voilà au moins 50 ans qu'on hésite au Canada à engager publiquement un véritable débat sur les questions d'immigration. Dès que quelqu'un élève la voix, on l'accuse d'être raciste. Toute personne qui remet en cause sous une forme ou sous une autre le statu quo actuel est taxé de raciste et de fasciste et on le soupçonne d'avoir sous une forme ou sous une autre des motivations cachées.

Nous avons effectivement besoin de définir les problèmes et je ne pense pas que ce projet de loi aborde les véritables enjeux. Dans un an il vous faudra vous pencher sur un autre projet de loi, sur une autre série d'emplâtres visant à remédier à tel ou tel symptôme sans que les problèmes de fond ne soient réglés.

M. Bissett: La loi est bien structurée. Je considère qu'elle s'appuie avant tout sur celle de la Loi de 1976 sur l'immigration, qui est considérée dans le monde entier comme un modèle de législation dans ce domaine.

Des modifications ont été apportées à la loi de 1976 qui ont entamé la structure d'ensemble, mais celle-ci reste essentiellement bonne. Le nouveau projet de loi ne règle pas les

issues today; it is window dressing and housekeeping. It is time for a thorough review of not only immigration policy but also of refugee policy to try to bring it into tune with the post-September 11 world. We are in a different world now. We have been living in our little castle without thinking that anything could happen to us, but it can, and we must address that. If we do not, we will be told to do so by our neighbours.

Mr. Collacott: Apropos of what Mr. Manion said, we must establish a framework for deciding what we want. The immigration legislative review, "Not Just Numbers: A Canadian Framework for Future Immigration (1998)" which was issued at the end of 1999, made the point as gently as possible that the first objective of our immigration policy is demographic: How many people do we need and why? However, we have no demographic policy. The minister has advanced demographic reasons for why we need people to support the retiring baby boomers, and other things. These reasons are not valid, according to their research.

In 2026, we will need immigration if we do not want our population to go down. Those issues should be examined. I do not claim to have all the answers. We do not have a demographic policy, even though the legislation says that is the first objective. We must establish a framework for what we expect of immigration, and why should we be doing this. That is not there. That should be the starting point.

Mr. Bissett: Mr. Chairman, I must leave, unfortunately. I wish to thank the committee for hearing me out. I am retired. I have five children and ten grandchildren, and I normally do not like to speak about immigration and refugee issues publicly. However, because of what happened on September 11, and because of my knowledge that this bill is totally inadequate, I thought I had to come to talk to you.

The Chairman: We appreciate your being with us.

Senator Robertson: Thank you, gentlemen, for coming.

With the large amount of knowledge that our witnesses bring, everyone around this table must take the testimony seriously. How we manage this information will be interesting.

I said something yesterday at committee, and I want to repeat it because, when you are wise, people seek advice from you. Especially since September 11, the public, with which I am in contact on a daily or weekly basis in my province, has been concerned about the information it receives about immigration policy, the lack of controls, and all the things we have discussed. The minister, on the other hand, is suggesting that unless we pass the bill, the Senate will be blamed for not giving her the tools to help correct this security problem.

There is a big problem in trying to get the information to the citizens. I wish we could transport your testimony to every community in Canada to let them understand what is happening.

véritables problèmes qui se posent à l'heure actuelle; ce n'est qu'une façade et un exercice de style. Une révision en profondeur s'impose, non seulement en matière d'immigration mais aussi pour ce qui est de la politique des réfugiés, de façon à prendre en compte les événements du 11 septembre. Le monde a changé. Nous vivons dans notre petite tour d'ivoire en pensant que rien ne pouvait nous arriver, mais ce n'est pas le cas, et il faut en tenir compte. Si nous ne le faisons pas, nos voisins vont nous y inviter.

M. Collacott: À propos de ce qu'a déclaré M. Manion, nous devons nous doter d'un cadre de décision. Dans le rapport d'étude de la loi sur l'immigration: «Au-delà des chiffres: l'immigration de demain au Canada (1998)» publié à la fin 1999, on nous fait comprendre avec une belle franchise que le principal objectif de notre politique d'immigration est démographique: de combien de personnes a-t-on besoin et pour quelle raison? Toutefois, nous n'avons pas de politique démographique. La ministre a avancé certaines raisons démographiques pour expliquer que nous ayons besoin de gens pour remplacer, par exemple, les travailleurs des générations nées après la guerre, qui vont prendre leur retraite. Ces raisons ne sont pas valables d'après les études effectuées.

En 2026, nous aurons besoin de l'immigration si nous ne voulons pas que notre population diminue. Il faut que ces questions soient examinées. Je ne prétends pas connaître toutes les réponses. Nous n'avons pas de politique démographique alors que nous reconnaissons dans la loi que c'est notre premier objectif. Nous devons nous doter d'un cadre établissant ce que nous attendons de l'immigration et en expliquant les raisons. Il n'y en a pas. Ce devrait être notre point de départ.

M. Bissett: Malheureusement, je dois vous quitter, monsieur le président. Je tiens à remercier le comité de m'avoir entendu. Je suis à la retraite. J'ai cinq enfants et dix petits-enfants, et je n'ai pas normalement l'habitude de parler publiquement des questions d'immigration et de réfugiés. En raison toutefois de ce qui s'est passé le 11 septembre et étant donné que je sais que ce projet de loi est totalement inadapté, j'ai jugé de mon devoir de me présenter devant vous.

Le président: Nous sommes heureux que vous soyez venu.

Le sénateur Robertson: Merci, messieurs, d'être venus.

Nos témoins connaissent très bien le sujet et nous devons tous autour de cette table prendre leur témoignage au sérieux. Il sera intéressant de voir ce que nous allons faire de cette information.

J'ai dit hier en comité, et je tiens à le répéter ici aujourd'hui, qu'étant donné votre sagesse, les gens vous demandent conseil. Tout particulièrement depuis le 11 septembre, le public, avec lequel je suis tous les jours ou toutes les semaines en contact dans ma province, s'inquiète de l'information qu'il reçoit en matière de politique d'immigration, concernant l'absence de contrôles et toutes les lacunes que nous avons évoquées. La ministre, quant à elle, fait savoir au Sénat que s'il n'adopte pas le projet de loi, il lui sera reproché de ne pas lui avoir donné les outils devant contribuer à corriger le défaut de sécurité.

Il est très difficile de bien informer les citoyens. J'aimerais que nous puissions faire connaître votre témoignage dans toutes les localités du Canada pour les aider à comprendre ce qui se passe.

I do not care if I am blamed for it, but the Senate, the institution, is always being chastised for one thing or another. We have had all of this information, not only today, but almost every witness we have heard has told us that this bill is not adequate and will do nothing for security that is not in the current bill.

We are in a box. How to get this information to the people, I do not know. However, if you have any wisdom to give us, because, as senators, we are supposed to think these things over carefully, I would be interested in your advice.

Mr. Collacott: Public opinion is overwhelmingly in favour of tighter provisions. There is some desire for harmonization with the United States, though this is not spelled out in the polls. However, public opinion has become clear. The advocacy groups will continue. They will be with the minister and they want to get the bill through quickly before it is derailed.

I am not an expert on legislation, but I would assume that all the urgent measures that need to be taken, such as demanding security screening at the border, could be done without having to pass the current legislation when it should not be passed.

Someone suggested that it might not be nice to the Senate to push through emergency measures in the bill. That is not really a serious reason. Parliament should be able to pass the urgent measures that it needs to pass.

If ever there was a reason for revisiting a bill, the tragedy of September 11 is that reason. My reservations existed long before September 11, however, after those events, I find it difficult to believe that the bill would be pushed through in a hurry. I can understand why someone would want to push the bill through in a hurry to ensure his or her bill is not held up for a long time.

We can say that without these provisions we cannot take action, but they are totally inadequate. If the Canadian public does not realize that, maybe the Americans will question how we can push through legislation dealing with such a sensitive issue without taking into context the new environment.

Mr. Bauer: Senator, I studied this bill pretty carefully, clause by clause, and compared it to the existing act and the one that nearly came along last year. The only clause in this bill that appears to toughen it up is where one can deport someone for criminality, crimes against humanity — that is war criminals — organized crime, and so on.

However, like so much of the bill, this is an illusion because Mendel Green's first client who comes up against that provision will take it right to the Supreme Court. If he does not, Barbara Jackman will, or another lawyer will. This is a just a straw man put in the bill. It will never pass through the Supreme Court.

Je n'ai pas peur des reproches mais notre institution, le Sénat, est toujours blâmée pour une raison ou pour une autre. Ce n'est pas d'aujourd'hui que nous prenons connaissance de toute cette information étant donné que presque tous les témoins que nous avons entendus nous ont déclaré que ce projet de loi était lacunaire et qu'il ne faisait rien pour améliorer le problème de la sécurité.

Nous sommes coincés. Je ne sais pas comment nous pouvons informer la population. Si vous avez cependant une solution à nous conseiller, je vous en serais très reconnaissante étant donné qu'en notre qualité de sénateurs nous sommes censés prendre bien soin de toutes ces questions.

M. Collacott: L'opinion publique est très largement en faveur de dispositions plus restrictives. On souhaite une certaine harmonisation avec les États-Unis, même si ça ne ressort pas des sondages. Toutefois, l'opinion publique s'exprime désormais bien clairement. Les groupes de pression continueront à agir. Ils appuient la ministre et ils veulent que le projet de loi soit adopté rapidement pour éviter qu'il ne soit mis au rancart.

Je ne suis pas un spécialiste de la législation, mais j'imagine que toutes les mesures urgentes qui ont besoin d'être prises, telles que l'exigence de contrôles de sécurité à la frontière, peuvent l'être sans qu'il soit nécessaire d'adopter la loi actuelle, qui n'est pas nécessaire.

Un intervenant a laissé entendre que ce serait éventuellement faire preuve d'un manque de courtoisie envers le Sénat que d'imposer l'adoption de mesures d'urgence dans le projet de loi. La question n'est pas vraiment là. Le Parlement doit avoir les moyens de faire adopter les mesures d'urgence dont il a besoin.

Toutefois, s'il y a une raison de revoir ce projet de loi, c'est bien la tragédie du 11 septembre. J'émettais des réserves bien avant le 11 septembre, mais à la suite de ces événements, je vois mal comment on pourrait faire adopter à la hâte ce projet de loi. Je peux comprendre qu'on puisse vouloir faire adopter le projet de loi à la hâte pour éviter qu'il ne reste trop longtemps en suspens.

Nous pouvons dire qu'en l'absence de ces dispositions, nous ne pouvons pas prendre des mesures, mais elles sont totalement insuffisantes. Si la population canadienne ne le comprend pas, il est possible que les Américains en viennent à se demander pourquoi nous nous empressons d'adopter une législation traitant d'une question aussi sensible sans tenir compte de la nouvelle situation.

M. Bauer: J'ai étudié avec soin ce projet de loi, article par article, et je l'ai comparé à la loi en vigueur et à celle qui a failli être adoptée l'année dernière. La seule disposition de ce projet de loi qui apparaît plus rigoureuse que les précédentes est celle qui nous permet d'expulser un criminel coupable de crimes contre l'humanité — les criminels de guerre — les participants au crime organisé, et cetera.

Pourtant, comme tant de dispositions de ce projet de loi, ce n'est là qu'une illusion parce que le premier client de Mendel Green qui va se heurter à cette disposition va immédiatement en appeler à la Cour suprême. S'il ne le fait pas, Barbara Jackman le fera, ou encore un autre avocat. Ce n'est là qu'un miroir aux alouettes introduit dans la loi. Cette disposition ne sera jamais entérinée par la Cour suprême.

People are being turned back at Niagara Falls to get documentation. We hear sob stories about all these poor folks going to Vive La Casa. All they have to do is claim refugee status in the United States. They enter the United States with passports and visas, which they destroy on the way to the Niagara frontier. This includes Somalis and Tamils from Sri Lanka. I have had hundreds of them before me.

There is nothing that has to be passed urgently for our protection. There are many things that should be done to protect us, not from what happened in New York but from drug peddlers, from credit card people, from extortion in our ethnic communities by their own gangsters.

All sorts of things must be done, and this act does not touch them at all. The current act is just as good for anything that we want to do, if the government has the guts to do it. However, it requires guts and coordination.

With Mr. Manley chairing a security committee, examination of this whole issue and how to use the present legislation to act against people who might be a threat to Canadians or to Americans might be suggested.

Do not make the mistake of saying we should harmonize with the United States. Their system is lousy; it is almost as bad as ours, except they have a few weapons they can use. There is no need to harmonize with the Americans. We can do it ourselves. I do not like harmonizing with the Americans anyway.

Senator Robertson: Having regard to the wisdom that is before us today, were you asked to appear before the House of Commons committee?

Mr. Manion: No.

Mr. Collacott: It is not publicized so I had to find out about it to make an appearance. I was allowed to appear.

I might mention that when the results of the tour across Canada were reported to the minister, the chairman said he was very pleased with the results because all 154 presentations supported the bill. It was not open enough. He said there were two or three who wanted to stop immigration. I am not aware of any who said they wanted to stop immigration, but some did ask questions about how many people we want. One person was described as un-Canadian for raising that question in Vancouver.

The House hearings were almost totally loaded with advocates. The minister can say, "I have heard from the Canadian people and they think we should widen the system for refugees." She said she was being tough on the refugee system. Some of the advocates then retort, "You are being too tough so you have to ease up." I do not think we are being tough at all. In some key respects we are worse than we were before, and we will have an increasing disaster on our hands.

On renvoie les gens aux chutes du Niagara pour qu'ils obtiennent des papiers. Nous entendons des histoires à faire pleurer au sujet de tous ces pauvres gens qui sont refoulés. Il leur suffit de demander le statut de réfugié aux États-Unis. Ils entrent aux États-Unis avec leurs passeports et leurs visas, qu'ils détruisent en s'approchant de la frontière de Niagara. C'est le cas des Somaliens et des Tamouls du Sri Lanka. J'en ai connu des centaines.

Aucune disposition n'a besoin d'être adoptée d'urgence pour les besoins de notre protection. Il y a bien des choses à faire pour nous protéger, non pas contre ce qui s'est passé à New York, mais contre les trafiquants de drogues, les voleurs de cartes de crédit, les gangsters qui extorquent les membres de leur propre communauté ethnique.

Il y a toutes sortes de choses que l'on peut faire, et cette loi n'en prévoit aucune. La loi actuelle nous donne tout à fait les moyens d'agir, à condition que le gouvernement ait la volonté de le faire. Il faut toutefois de la volonté et de la coordination.

M. Manley présidant un comité chargé de la sécurité, il est possible que l'on propose l'examen de toute cette question et de la façon de recourir à la loi actuelle pour lutter contre les personnes susceptibles de mettre en danger les Canadiens ou les Américains.

Ne faites pas l'erreur de vouloir harmoniser notre loi avec celle des États-Unis. Leur système est médiocre, presque aussi mauvais que le nôtre, si l'on excepte le fait qu'ils ont quelques armes à leur disposition. Il n'est pas nécessaire de nous aligner sur les Américains. Nous pouvons agir indépendamment. Je n'aime pas de toute façon que l'on harmonise avec les Américains.

Le sénateur Robertson: Étant donné toute la sagesse dont vous faites preuve aujourd'hui devant nous, est-ce que l'on vous a demandé de comparaître devant le comité de la Chambre des communes?

M. Manion: Non.

M. Collacott: On n'a pas fait de publicité et j'ai dû me démenier pour pouvoir comparaître. On m'a autorisé à comparaître.

Je tiens à signaler qu'en rendant compte à la ministre de sa tournée au Canada, le président a déclaré qu'il était très satisfait des résultats étant donné que les 154 interventions étaient favorables au projet de loi. On a manqué d'esprit d'ouverture. Il a précisé que deux ou trois intervenants souhaitaient arrêter l'immigration. Je n'ai pas connaissance d'un intervenant ayant déclaré vouloir arrêter l'immigration, mais il y en a qui se sont posés des questions sur le nombre d'immigrants devant être acceptés. Quelqu'un a été accusé de ne pas se comporter en canadien parce qu'il avait soulevé cette question à Vancouver.

Les audiences de la Chambre ont été pratiquement phagocytées par les tenants de l'immigration. La ministre peut bien nous dire: «J'ai écouté la population canadienne et elle nous dit qu'il faut élargir le processus d'accueil des réfugiés.» Elle affirme s'être montrée sévère sur la question des réfugiés. Certains défenseurs des réfugiés lui répondent alors: «Vous êtes trop sévère et il faut assouplir le système.» Je ne pense absolument pas que nous soyons sévères. Sur certains points essentiels, c'est pire qu'avant, et nous courons à la catastrophe.

Mr. Manion: Whatever the Senate decides to say in its report on this bill, I hope that you will recommend that there be a fundamental examination of this whole issue, starting with basic principles and a definition of fundamental problems.

I would be the last person in the world to recommend a royal commission, as they usually report just after the problem either has been solved or the crisis has overwhelmed us. I think this is something that the Senate itself could do. I remember fabulous reports from the Senate in the past years. They were in-depth reports and were far better than any royal commission reports. You have all the tools and the experience.

I would hope that your report would at least point out the need for the government to read its own studies. As Mr. Collacott has pointed out, there have been endless studies on this subject, which nobody reads. The government should read its own correspondence. It is a disgrace that people, like me, write letters successively to one minister after another and receive pre-printed replies from correspondence clerks. The government should listen to people other than the interest groups if it wants to find out what Canada thinks and what can be done about these problems.

Senator Robertson: I can understand why you were not invited.

Mr. Bauer: I have appeared on the other committee three times on other subjects relating to refugees. It was very courteous. However, a week ago I was present at a television discussion about this subject in London, Ontario, with someone involved with immigration who is a member from that area. I mentioned the numbers of people, the problem that the refugee board was having in dealing with them and how we had to find a solution and more resources. When his turn came, he said, "Some people just don't like immigrants or refugees." All my neighbours complimented me because I said, "This is outrageous. I will not stand here and be insulted by this man." After that, everything was calm and beautiful.

Senator Fairbairn: On the comments that Mr. Bauer and others have made, in any attempt to assist this process, would you agree there would have to be an extensive increase in the number of qualified individuals, as a foundation — and in addition to policy, of course — to make this system work in any plausible way with this bill or any other bill?

We have heard testimony from members of the protection board, who came here the other night looking stressed beyond belief. When you talk about resources, a lot of people think about money, but in their case, the people were not there to drive the system.

M. Manion: Quelle que soit la décision prise par le Sénat concernant le renvoi de ce projet de loi, j'espère que vous recommanderez que toute cette question soit examinée à fond en commençant par les principes de base et la définition des problèmes fondamentaux.

Je serais le dernier à préconiser l'instauration d'une commission royale d'enquête, étant donné que ce genre de commission ne publie habituellement son rapport qu'une fois que le problème a été résolu ou que la situation est devenue catastrophique. Je pense que le Sénat peut lui-même s'en charger. Je me souviens qu'il a publié d'excellents rapports ces dernières années. Il s'agissait d'études approfondies, bien meilleures que ce que l'on peut trouver dans les rapports des commissions royales d'enquête. Vous disposez de tous les outils et de l'expérience nécessaires.

J'espère que dans votre rapport, vous ne manquerez pas au moins de signaler que le gouvernement doit consulter ses propres études. Ainsi que l'a fait remarquer M. Collacott, on a publié d'innombrables études sur la question, sans que personne ne les lise. Il faudrait que le gouvernement lise sa propre correspondance. Il est scandaleux que des gens qui, comme moi, écrivent lettre sur lettre à différents ministres, ne reçoivent en réponse que des lettres circulaires expédiées par des commis à la correspondance. Il faudrait que le gouvernement écoute d'autres gens que les groupes de pression s'il veut savoir ce que pense la population canadienne et ce que l'on peut faire sur toutes ces questions.

Le sénateur Robertson: Je peux bien comprendre pourquoi vous n'avez pas été invité.

M. Bauer: J'ai comparu à trois reprises devant l'autre comité sur des questions liées aux réfugiés. On s'y est montré très respectueux. Je participais toutefois il y a une semaine à une discussion télévisée sur la question à London, en Ontario, avec un ressortissant de la région qui s'occupe des questions d'immigration. J'ai évoqué l'afflux de réfugiés, les difficultés qu'éprouvait la commission pour régler leurs dossiers et la nécessité de trouver une solution et davantage de ressources. Lorsque ce fut son tour de parler, il a déclaré: «Il y a certaines personnes qui n'aiment tout simplement pas les immigrants et les réfugiés.» Tous mes voisins m'ont complimenté parce que j'ai répondu: «C'est inadmissible. Je n'accepte pas d'être insulté par cette personne sans réagir.» Après cela, tout s'est calmé.

Le sénateur Fairbairn: À la suite des commentaires faits par M. Bauer et par d'autres, si l'on veut améliorer le mécanisme, êtes-vous d'accord pour dire qu'au départ — en plus d'agir sur les politiques, bien entendu — il nous faut augmenter fortement le nombre de responsables qualifiés de façon à ce que tout fonctionne plus ou moins normalement dans le cadre de ce projet de loi ou d'un autre?

Nous avons entendu le témoignage des responsables du service de la protection, qui ont comparu ici même l'autre soir et qui ont donné l'impression d'être terriblement stressés. Lorsqu'on parle de ressources, bien des gens pensent à l'argent mais, dans leur cas, il n'y avait tout simplement pas le personnel pour faire fonctionner le système.

Mr. Bauer: This is very true. The number of visa officers abroad has been cut down. The Canadian immigration officer numbers have been cut. Locally engaged staff members perform as immigration officers. They are bribable. They are often in societies where money talks. There have been many cases of that.

We must regain control and stop doing so much paper checking abroad because it is useless. The Immigration and Refugee Board needs more, and perhaps, lower-salaried people. It has about 180 people now, which is not enough to function without destroying the system itself. If the board goes for the one-member panel and tries to speed cases through, we will just have more problems. Resources are absolutely vital.

We all have a problem with budgets and money. That is all we hear. However, I am not speaking of refugees. There are refugees and they deserve what they get. However, in welfare and legal costs, refugee claimants cost us an estimated \$600 million per year, at the rate of 20,000 claimants per year.

We give the UN High Commissioner for Refugees, UNHCR, about \$15 million a year of its \$1 billion budget. The UN High Commissioner spends about 50 cents a day on the 20 million refugees that the UNHCR is responsible for. We are spending more than that on the 25,000 who enter each year instead of helping the UNHCR — we gave \$1 million for the Afghans who are in those camps in Pakistan. That is shameful. We should be helping far more.

Senator Roche: I have a question for Mr. Manion, and I hope you will allow me to give him a special welcome. We went to college together many years ago.

Mr. Manion: I hope that is not held against me.

Senator Roche: You became one of the great power figures in Ottawa and I only became a senator.

If we are to make any amendments to the bill before we send it back, they must be credible amendments. What is your view about this committee attaching an amendment calling for the use of the notwithstanding clause from the Charter? Would that be a credible amendment, in your view?

Mr. Manion: Mr. Chairman, when I talk about the use of the notwithstanding clause, I am not talking about a blanket bypassing of all the provisions in the Charter. It is only one aspect in the Charter that is causing all these difficulties, and that is the implicit reference to due process, which means we cannot deal in a summary fashion with would-be entrants to our country who have no connection to us. Other countries do — virtually every other modern state does. We must have a notwithstanding clause indicating that, notwithstanding such and such a provision in the Charter, it is within the powers of the Canadian government to make this kind of decision in respect of people who have no ties here. It does not mean people have no right of

M. Bauer: C'est fort juste. Le nombre des agents des visas à l'étranger a été réduit. Les effectifs des agents canadiens de l'immigration ont été comprimés. Le personnel recruté sur place remplit les fonctions d'agent de l'immigration. Il peut être soudoyé, car souvent, dans ces pays, l'argent peut acheter beaucoup de choses. Il y a eu de nombreux cas.

Nous devons reprendre les choses en main et cesser de tant vérifier les documents à l'étranger, car c'est inutile. La Commission de l'immigration et du statut de réfugié a besoin de plus de personnel, peut-être aux niveaux inférieurs. Elle compte environ 180 employés à l'heure actuelle, ce qui ne suffit pas à assurer son fonctionnement, et tout le système en souffre. Par contre, si la Commission opte pour donner à chaque commissaire le pouvoir de décider seul et qu'elle essaie d'accélérer le traitement des cas, nous n'en aurons que plus de problèmes. Il est essentiel d'accroître les ressources.

Nous avons tous des difficultés de budget et de financement. Nous n'entendons que cela. Notez bien, je ne reproche rien aux réfugiés. Il y a des réfugiés, et ils méritent ce qu'on leur donne. Cependant, au titre de l'aide sociale et des frais juridiques, les 20 000 demandes de statut de réfugié qui sont présentées chaque année nous coûtent environ 600 millions de dollars.

Nous finançons le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, le HCR, à hauteur d'environ 15 millions de dollars sur un budget annuel de un milliard. Le Haut-Commissariat consacre 50 cents par jour à peu près à chacun des 20 millions de réfugiés dont il est responsable. Nous octroyons plus que cela aux 25 000 réfugiés qui arrivent ici chaque année, au lieu d'aider le Haut-Commissariat — nous avons donné un million de dollars aux Afghans réfugiés dans les camps au Pakistan. C'est une honte. Nous devrions faire preuve de beaucoup plus de générosité.

Le sénateur Roche: J'aimerais poser une question à M. Manion, et j'espère que vous me permettrez de lui souhaiter tout particulièrement la bienvenue. Nous avons fréquenté le même le collège en même temps, il y a de cela bien des années.

M. Manion: J'espère qu'on ne va pas me le reprocher.

Le sénateur Roche: Vous êtes devenu une personnalité influente à Ottawa, alors que j'ai dû me contenter d'un fauteuil de sénateur.

Si nous amendons le projet de loi avant de le renvoyer, il faut que nos amendements soient valables. À votre avis, le comité devrait-il ajouter un amendement pour exiger que soit invoquée la disposition d'exemption prévue dans la Charte? S'agirait-il d'un amendement crédible?

M. Manion: Monsieur le président, lorsque je parle de recourir à la disposition d'exemption, je n'envisage pas de contourner sans discernement toutes les dispositions de la Charte. Un seul aspect de la Charte crée toutes les difficultés, et c'est la référence implicite à la procédure établie, qui fait que nous ne pouvons pas régler par procédure sommaire le cas des candidats au statut de réfugié qui n'ont pas de liens particuliers avec nous. D'autres pays le font — pratiquement tous les autres États modernes. Nous devons prévoir une disposition d'exemption indiquant que, quoi que stipule telle ou telle disposition de la Charte, le gouvernement du Canada est habilité à prendre ce type de décision relativement à des personnes qui

appeal. They can go back to their own countries and appeal, or they can go back to their safe third country and appeal.

I do not believe we should be paying their legal costs either in all these cases, but that is another matter.

The other linked amendment you might make is to restore the safe third country provision that was in the 1987 refugee legislation but was never proclaimed — assuming it would withstand a Charter challenge, about which I have some personal doubts. That would go a long way in dealing with our current problems.

Senator Roche: Could you call upon your political experience to give a view about recognizing that any amendments will open up a protracted debate in the House of Commons that will bring in again, in full force, both sides — those who want the bill to be kinder to refugees and those who want it tougher on terrorists? It would be a long time before the bill re-emerged or got to proclamation. If that were the case, would it be your advice to take the bill as it is? I think you said at one point that it will help a bit. Those were your words.

Mr. Manion: Yes.

Senator Roche: You spoke about the Senate, or perhaps the Senate and the House of Commons doing a study together, so extraordinary is the depth of this problem. Would you be satisfied if the bill went ahead as it is, for all the reasons the government has advanced, if it were tied to a guarantee of a forthcoming in-depth study that we would ask the government to take seriously?

Mr. Manion: I would be happy, Mr. Chairman. Some specific things in the bill are downright dangerous and they should be identified and dealt with. If they are identified and dealt with, I would be inclined to hold my nose and go along with what Senator Roche has said.

Senator LeBreton: Can I make a comment, Senator Roche? You were a member of the House of Commons, and you are suggesting that we amend the bill and return it to the House of Commons. I think that is an affront to the members of the House of Commons, who were duly elected. You are saying, in effect, that we should amend the bill and send it back to the House of Commons, that somehow or other, members of Parliament cannot be trusted to do the right thing by this legislation.

The Chairman: I did not take it that way.

Senator LeBreton: He said it a couple of times yesterday as well. The idea was to pass it, and not let it get opened up for fear it gets back into the —

The Chairman: I think he was talking about length of time.

Senator Roche: The issue was length of time, not quality.

Senator LeBreton: That is the way I took it.

n'ont pas de liens dans notre pays. Cela ne signifie pas que les intéressés n'ont pas le droit d'en appeler d'une décision. Ils peuvent retourner dans leur pays d'origine et interjeter appel ou ils peuvent se rendre dans un tiers pays sûr et interjeter appel.

Je ne crois pas non plus que nous devons assumer les frais juridiques dans tous ces cas, mais il s'agit là d'une autre question.

L'autre amendement connexe que vous pourriez proposer viserait le rétablissement de la disposition relative au tiers pays sûr, une disposition qui figurait dans le projet de loi sur les réfugiés en 1987, mort au *Feuilleton* — dans l'hypothèse où la disposition pourrait résister à une contestation basée sur la Charte, ce qui, personnellement, me paraît douteux. Une telle disposition contribuerait dans une large mesure à régler nos problèmes actuels.

Le sénateur Roche: D'après votre expérience politique, reconnaissez-vous que tout amendement ouvrira à la Chambre des communes un long débat dans lequel s'opposeront à nouveau de plein fouet les deux côtés — les tenants d'un projet de loi plus souple pour les réfugiés et ceux qui veulent contrer le terrorisme? Il faudra du temps pour que le projet de loi refasse surface ou soit promulgué. Dans ces circonstances, nous conseillez-vous d'adopter le projet de loi sans modification? Je crois que vous avez dit qu'il s'agissait quand même d'une amélioration. C'est bien ce que vous avez dit?

M. Manion: En effet.

Le sénateur Roche: Vous avez mentionné que le Sénat, peut-être en collaboration avec la Chambre des communes, pourrait réaliser une étude, vu l'ampleur extraordinaire du problème. Seriez-vous satisfait si le projet de loi était adopté sans modification, pour toutes les raisons que le gouvernement a fait valoir, si nous engageons à réaliser sous peu une étude approfondie et à demander au gouvernement d'en prendre les conclusions au sérieux?

M. Manion: Je serais satisfait, monsieur le président. Certains aspects du projet de loi sont tout simplement dangereux et il conviendrait de l'indiquer et de régler le problème. Si ces lacunes sont repérées et corrigées, je serais prêt à fermer les yeux et à appuyer ce que vient de proposer le sénateur Roche.

Le sénateur LeBreton: Puis-je faire un commentaire, sénateur Roche? Vous, qui avez été député, vous proposez de modifier le projet de loi et de le renvoyer à la Chambre des communes. Je pense que c'est un affront aux députés, qui sont dûment élus. Vous affirmez en effet que nous devrions modifier le projet de loi et le renvoyer à la Chambre des communes. C'est donc, en quelque sorte, qu'on ne peut pas compter sur les députés pour prendre la décision qui s'impose relativement à ce projet de loi.

Le président: Je ne l'ai pas compris de cette façon.

Le sénateur LeBreton: C'est ce qu'il a affirmé aussi à deux ou trois reprises hier. Qu'il fallait adopter le projet de loi et ne pas y toucher de crainte qu'il ne retourne...

Le président: Je crois qu'il s'inquiétait des retards.

Le sénateur Roche: Il s'agissait de retards, et non de qualité.

Le sénateur LeBreton: Je l'ai bien compris.

Mr. Collacott: I am concerned that the legislation is too deeply flawed. It has taken 25 years to propose new legislation. Some of the elements on the immigration side will worsen the conditions that are causing this reaction. I think it is important that the basic review take place before the proposed legislation is passed. It could be another 25 years before we get directive legislation in place.

The Chairman: On behalf of all of us, thank you for coming.

Our next panel has two lawyers, who come to us with advanced billing from a previous witness who talked about their considerable legal skills. With us this afternoon are Mr. Green and Mr. Waldman. I take it from Mr. Bauer that both of you are immigration lawyers. We also have with us Ms Robin Seligman, a representative from Canadians for a Fair and Just Immigration Policy.

Mr. Waldman must leave soon, so I will ask him to proceed first.

Mr. Lorne Waldman: I am a member of the Canadian Bar Association, which testified yesterday. I support everything that was said but I asked to come here separately because I am concerned about the myths that are being propagated in the media. It is important to separate myth from reality. I have written a paper entitled, "Separating Myth from Reality: Immigration and National Security," and I should like to refer to the myths identified therein.

The first myth is that our immigration policies are too lax and that if they were tougher the attacks in the U.S. on September 11 could have been prevented. I am talking in general terms here. That is one myth that must be considered carefully. Despite the information released in the immediate days after the attack, there is no evidence now that any of the perpetrators came through Canada. In terms of US immigration laws, all the people seem to have come directly to the United States. According to information we have received, they entered as non-immigrants, legally being processed outside of Canada, either as students or as visitors. They were able to do this because they were people who were unknown to the Security Intelligence Services abroad.

When we talk about immigration and national security we must have realistic expectations of what can and cannot be achieved. We must also acknowledge the reality that millions of people will cross our borders every year, and we must keep open borders. It is in this context that we must examine our immigration laws to determine what we can reasonably expect from them and what things we cannot.

The reality is that the key issues are not issues of immigration law but are issues of intelligence. The failure of September 11 was not a failure of immigration, it was a massive failure of the intelligence networks in Canada, the United States and western European countries because they failed to detect — or, if they detected, they failed to take seriously information that suggested these attacks might occur.

M. Collacott: Je crains que le projet de loi n'ait trop de faiblesses. Il a fallu 25 ans pour proposer une nouvelle loi. Certains des éléments touchant l'immigration viendront aggraver les conditions qui provoquent cette réaction. Je pense qu'il faut absolument procéder à un examen approfondi avant d'adopter le projet de loi. Il faudra peut-être encore 25 ans avant que soit proposée une nouvelle loi-cadre.

Le président: Au nom de tous mes collègues, je vous remercie d'être venus.

Notre prochain groupe compte deux avocats dont la grande compétence juridique nous a déjà été vantée par un témoin. Nous recevons cet après-midi MM. Green et Waldman. Je crois savoir, d'après ce qu'a dit M. Bauer, que vous êtes tous deux spécialistes de l'immigration. Nous accueillons aussi Mme Robin Seligman, représentante du groupe Canadian for a Fair and Just Immigration Policy.

M. Waldman doit nous quitter bientôt, je vais donc lui demander de prendre la parole en premier.

M. Lorne Waldman: Je suis membre de l'Association du Barreau canadien, qui a témoigné hier. J'appuie tout ce qui a été dit à ce moment, mais j'ai demandé à être entendu séparément parce que je m'inquiète des mythes que propagent les médias. Il importe de distinguer les mythes de la réalité. J'ai rédigé un article intitulé «Separating Myth from Reality: Immigration and National Security» et j'aimerais expliquer ce que j'y définis.

Le premier mythe veut que nos politiques de l'immigration manquent de rigueur et que leur resserrement aurait permis d'empêcher les attaques du 11 septembre aux États-Unis. Je parle en termes généraux ici. C'est un mythe qu'il faut examiner avec soin. Malgré l'information diffusée dans les jours qui ont suivi les attentats, rien ne prouve à l'heure actuelle que les auteurs de ces attaques soient passés par le Canada. Quelles que soient les lois américaines en matière d'immigration, tous les suspects semblent être entrés directement aux États-Unis. D'après l'information qui nous a été fournie, ils sont arrivés comme non-immigrants, en toute légalité, et leur demande a été traitée à l'extérieur du Canada. Il s'agissait de demandes d'étudiants ou de visiteurs. Ils ont été admis dans le pays parce qu'ils étaient inconnus des services de renseignement de sécurité à l'étranger.

Pour parler d'immigration et de sécurité nationale, il faut se fixer des buts réalistes. Nous devons aussi reconnaître que des millions de personnes traversent nos frontières chaque année et qu'il nous faut garder nos frontières ouvertes. C'est dans ce contexte que nous devons examiner nos lois en matière d'immigration pour déterminer ce que nous pouvons raisonnablement en espérer et ce que nous ne pouvons pas demander.

En réalité, les questions clés ne sont pas des questions relatives à la Loi sur l'immigration, mais des questions de renseignement. L'échec du 11 septembre n'est pas dû à la Loi sur l'immigration. C'est un échec catastrophique attribuable aux réseaux du renseignement au Canada, aux États-Unis et dans les pays d'Europe de l'Ouest, qui n'ont pas su détecter le danger — ou, s'ils l'ont détecté, qui n'ont pas su reconnaître le sérieux de l'information sur l'éventualité de telles attaques.

The second myth that we hear repeatedly is that our immigration laws are weaker than those of the United States. In the appendix to my paper, I have done a summary of comparison of the two systems. Other witnesses have made the same points, so I will not harp on this. In many ways, our law is tougher in the law, and we must distinguish between the law and the practice. We have the power, under section 103, to detain undocumented people; the Americans detain undocumented people. We both have powers to deport people who are members of terrorist groups. Under the current immigration laws, we have the power to hold secret hearings and file secret evidence; the Americans have similar powers. One thing that the witness said earlier — and, I think it is inaccurate and has been repeated *ad nauseum* in the media — is that the Americans can summarily deport people who make refugee claims. That is not true. There is a process in the American system which allows for an expedited first hearing, called a credible fear hearing, but if you get through the credible fear hearing, which 85 per cent of the refugee claimants do, then you are entitled to the full asylum process in the United States. A significant fact is that the United States has already enacted provisions to allow people to apply under the convention against torture so they can get further protection, which is not yet available in Canada. Moreover, the American asylum system has an administrative appeal to the Board of Immigration Appeals Precedent Decisions and the Canadian system does not. In many ways, the American system is more generous than the Canadian system at the present time.

The significant differences are differences in procedure. Canada has the power to detain but it does not use it and has not used it. We do not need a new immigration bill to do that. Canada has the power to screen people at the port of entry; we do not need Bill C-11.

The third myth is that we need Bill C-11 immediately. In that sense, I agree with the previous witnesses. I am only here to address issues of national security. In terms of national security, we have the tools that we require in our current immigration law. The minister recently announced up-front screening. We have the power now to do that. It is not a power that is required by the legislation, it is a procedural power.

The problems in our system are not problems of the law or of resources. Three or four years ago, the Ontario region of immigration decided that, because so many resources were being spent on screening refugee claimants when they came in, a pilot project would be started, which has now been operating for three years. Under that project, when a person claimed refugee status, instead of being fully interviewed at the port of entry, a very cursory interview was done and he or she was allowed in and given a form to mail back. Everything thereafter was done by correspondence. I would say that more than half of the refugee claimants who have come to Ontario have been subjected to this pilot project under which they are not even interviewed before being allowed in.

Le deuxième mythe est souvent invoqué, c'est celui qui veut que nos lois en matière d'immigration soient moins strictes que les lois américaines. En annexe à mon article, j'ai résumé une comparaison des deux systèmes. D'autres témoins ont fait valoir les mêmes aspects, et il est inutile que je les reprenne ici. Sous bien des angles, notre loi est plus stricte sur le plan juridique, et il nous faut distinguer entre les principes et l'application de la loi. Nous avons le pouvoir, en vertu de l'article 103, de détenir les personnes qui n'ont pas de papiers; les Américains détiennent des sans papiers. Les deux pays ont le pouvoir de déporter des membres de groupes terroristes. En vertu des lois actuelles en matière d'immigration, nous avons le pouvoir de tenir des audiences secrètes et de présenter des preuves secrètes; les Américains ont des pouvoirs identiques. Le témoin précédent a soutenu — et je crois que c'est une erreur qui a été reprise sans fin par les médias — que les Américains pouvaient déporter sur procédure sommaire des demandeurs du statut de réfugié. Cela est faux. Il existe une procédure dans le système américain qui permet d'accélérer la première audience, en cas de crainte raisonnable, mais si vous franchissez cette étape, ce que réussissent 85 p. 100 des demandeurs du statut de réfugié, vous accédez à tout le processus d'examen d'une demande d'asile aux États-Unis. Il faut signaler que les États-Unis ont déjà instauré des dispositions permettant aux intéressés de présenter leur demande en vertu de la convention contre la torture, qui les protège mieux. Ce n'est pas encore le cas au Canada. En outre, le système d'octroi d'asile aux États-Unis prévoit un appel administratif devant une commission d'appel qui s'inspire des décisions antérieures, ce que le système canadien n'offre pas. De bien des façons, le système américain est plus généreux que le système canadien à l'heure actuelle.

Les différences importantes viennent de la procédure. Le Canada a le pouvoir de détenir, mais il ne l'utilise pas et il ne l'a jamais utilisé. Nous n'avons pas besoin d'une nouvelle loi sur l'immigration pour agir à ce niveau. Le Canada a le pouvoir de contrôler les personnes au point d'entrée, nous n'avons pas besoin du projet de loi C-11.

Selon le troisième mythe, nous avons immédiatement besoin du projet de loi C-11. À cet égard, je suis d'accord avec les témoins qui m'ont précédé. Je ne suis ici que pour traiter de questions de sécurité nationale. Sur le plan de la sécurité nationale, nous avons les outils nécessaires pour appliquer notre loi actuelle sur l'immigration. La ministre a récemment annoncé des contrôles à l'entrée. Nous avons le pouvoir d'agir dès maintenant. Ce n'est pas un pouvoir exigé par la loi, c'est un pouvoir à caractère procédural.

Les problèmes de notre système ne sont pas liés à la loi elle-même ni aux ressources. Il y a trois ou quatre ans, la région de l'Ontario du ministère de l'Immigration, inquiète des ressources monopolisées par l'examen des demandes de statut de réfugié, a décidé de mettre sur pied un projet pilote qui a maintenant trois ans d'existence. Dans le cadre de ce projet, les demandeurs du statut de réfugié ne sont plus interrogés à fond au point d'entrée, ils passent plutôt une entrevue très superficielle avant d'être autorisés à entrer au pays. On leur remet une formule qu'ils doivent remplir et renvoyer par la poste. Toutes les formalités se font ensuite par correspondance. Permettez-moi de dire que plus de la moitié des demandeurs du statut de réfugié qui sont arrivés en Ontario ont été intégrés à ce projet pilote et ils

This was done in the face of a law that allows the Department of Immigration to detain undocumented people. It was done for simple reasons of resources and costs. The procedure was reversed after September 11 because of the political perception, and perhaps the reality, that we must screen these people more carefully.

The irony is that the response of the government has been to screen everyone, which is not a reasonable response. The reality is that there are some people who need not be screened more than cursorily. An 80-year-old woman or a five-year-old child is not a terrorist threat and we should not be spending resources subjecting them to three-hour interviews, to which apparently every refugee claimant in Canada is now being subjected.

Letting many people in without any screening, as we did previously, was wrong, and what we are doing now — screening everyone — is wrong. We must set up criteria to screen the people who need to be screened. If there are suggestions that they pose a security threat, we have the power to detain them.

The last point in my paper deals with what I think must be done with respect to national security. Most of the things that must be done have very little or nothing to do with this immigration bill. Most of the things that my friends who appeared before me spoke about have very little to do with the bill itself.

We must make better procedures for passport issuance. Ahmed Ressim was able to get a passport using a forged baptismal certificate. I would love to know who the lawyer or engineer was who guaranteed his passport and whether there has been any check made as to whether anything improper was done.

The only safeguard in our current passport issuance process is one person, be it a lawyer or a doctor, must certify that the person is someone known to him or her.

We must issue permanent residence cards, but this again has nothing to do with the law. It is something we could do now. The cards were supposed to have been issued long ago but, because of cost, the issuance was delayed and now is being brought forward. We require security features in other types of documentation, such as social insurance cards.

The principal issues, in terms of protecting our national security, have to do with intelligence. I have personally been involved in cases in which the RCMP and CSIS have been at loggerheads and have not co-operated. If CSIS knew about Ressim two years before he left the country, why did it not pass that information on to immigration so that immigration could act? Immigration has the power to act under section 40.1, but apparently nothing was done.

ne sont même pas interrogés avant d'être autorisés à entrer au pays.

Cela se fait en vertu d'une loi qui autorise aussi le ministère de l'Immigration à incarcérer les personnes qui arrivent sans papiers. La décision a été prise pour des raisons de ressources et de coûts. La procédure a été annulée après le 11 septembre, en raison du climat politique et peut-être de la logique voulant que soient plus strictement vérifiés les dires des personnes que nous autorisons à entrer dans notre pays.

Ironiquement, le gouvernement a réagi en décidant de vérifier tout le monde, ce qui est déraisonnable. Certaines personnes ne justifient qu'un contrôle très superficiel. Une vieille dame de 80 ans ou un enfant de cinq ans ne présentent pas de menace terroriste et il ne convient pas de dépenser des ressources pour leur faire passer les entrevues de trois heures auxquelles, apparemment, tous les demandeurs du statut de réfugié au Canada doivent maintenant se soumettre.

Le fait de laisser de nombreuses personnes entrer au pays sans aucun contrôle, comme nous l'avons dit précédemment, était une erreur. Ce que nous faisons maintenant — vérifier tout le monde — est également erroné. Nous devons fixer des critères pour pouvoir contrôler les personnes qui doivent l'être. S'il semble que ces personnes constituent une menace pour la sécurité, nous avons le pouvoir de les détenir.

Finalement, mon article traitait aussi de ce qui me paraît devoir être fait relativement à la sécurité nationale. La plupart des mesures qu'il faut prendre ont très peu à voir, sinon pas du tout, avec le projet de loi sur l'immigration. La plupart des mesures que mes amis qui ont témoigné avant moi ont proposées ont très peu à voir avec le projet de loi lui-même.

Nous devons adopter des procédures plus appropriées pour la délivrance des passeports. Ahmed Ressim a pu obtenir un passeport avec un acte de baptême contrefait. J'aimerais savoir quel avocat ou quel ingénieur s'est porté garant de cette demande de passeport et si des vérifications ont été faites quant à d'éventuelles impropriétés.

La seule garantie que prévoit le processus actuel de délivrance de passeports est une signature, celle d'un médecin ou d'un avocat qui déclare connaître le demandeur.

Nous devons distribuer des cartes de résident permanent, mais cela n'est pas non plus lié au projet de loi. Nous sommes déjà en mesure de le faire. Les cartes devaient être émises il y a déjà longtemps, mais pour des raisons de coût, le projet a été reporté et il refait aujourd'hui surface. Nous avons besoin de mesures de sécurité concernant d'autres types de documents, notamment les cartes d'assurance sociale.

Les principales questions, pour ce qui est de la sécurité nationale, se rapportent au renseignement. J'ai personnellement été mêlé à des affaires où la GRC et le SCRS s'opposaient et refusaient de coopérer. Si le SCRS savait quelque chose au sujet de Ressim deux ans avant son départ du pays, pourquoi n'a-t-il pas transmis cette information à Immigration Canada, pour que le ministère puisse prendre des mesures? Immigration Canada a le pouvoir d'intervenir en vertu de l'article 40.1, mais apparemment rien n'a été fait.

Something that is now being done is more careful screening of people who arrive at airports, but it must be done in a more rational way than is currently the case. For that, again, we do not need the immigration law.

In conclusion, there are things we can do but we do not need this bill to do them. We need the will and the resources to properly administer the law that we have.

You must distinguish what your task is. Your task is to study Bill C-11 and decide whether you should pass it. Many of the things that were discussed by previous witnesses have nothing to do with Bill C-11. For example, one of the previous witnesses said "safe third country." Both the current law and Bill C-11 have safe third country. The problem is that we have not implemented it. That requires regulation. Therefore, that has nothing to do with your discussion.

I agree that we need to reach agreement on readmission. One of the major problems in the immigration system is deportation. It takes forever to deport because countries do not want to take back their nationals. If we want to take our immigration seriously, we may have to enter into readmission agreements. However, that has nothing to do with the bill.

We have started to tighten procedures up front, but that has nothing to do with the bill.

I agree that we must choose better IRB members, but again that has nothing to do with the bill.

One of the witnesses said that we are broadening the definition. The reality is that the United States already has a broader definition because the United States has already implemented the convention against torture. We are only fulfilling our international obligation made when we ratified the convention against torture saying that we will not send people back to torture. That is what this bill does.

It was stated that we should weed out frivolous claims at the beginning. We had a procedure in Canada called the credible basis procedure that was supposed to weed out frivolous claims. We got rid of it because it weeded out less than 10 per cent and was so costly and time consuming that it was decided that it was not worth it.

The United States has something called a credible fear process, which is similar to our former credible basis procedure, to weed out frivolous claims. However, 85 per cent of people get through the credible fear hearing. Therefore, massive resources are spent to weed out only a small percentage. Parliament decided several years ago that was a waste of resources.

My point is that many of the comments that were made by previous witnesses have little or nothing to do with this legislation.

Par contre, maintenant, on vérifie plus soigneusement les antécédents des personnes qui arrivent aux aéroports, mais il faut le faire de façon plus rationnelle qu'à l'heure actuelle. Pour cela, non plus, nous n'avons pas besoin d'une nouvelle Loi sur l'immigration.

En conclusion, je veux répéter qu'il existe des mesures que nous pouvons prendre mais pour lesquelles nous n'avons pas besoin du projet de loi. Il nous faut la volonté et les ressources pour appliquer adéquatement la loi que nous avons déjà.

Vous devez distinguer ce que vous avez à faire. Votre tâche est d'étudier le projet de loi C-11 et de décider s'il convient de l'adopter. Nombre des aspects discutés par les témoins qui m'ont précédé n'ont rien à voir avec le projet de loi C-11. Ainsi, un témoin précédent a parlé de «pays tiers sûr». Tant la loi actuelle que le projet de loi C-11 consacrent cette notion de «pays tiers sûr». Le problème vient de ce que nous n'avons pas appliqué la disposition. Pour ce faire, il nous faut un règlement. Cela n'a donc rien à voir avec votre discussion.

Je conviens qu'il nous faut nous entendre sur la réadmission. Un des grands problèmes du système de l'immigration est celui de l'expulsion. Il faut des siècles pour y parvenir parce que les pays ne veulent pas reprendre leurs ressortissants. Si nous voulons aborder avec sérieux la question de l'immigration, nous devons conclure des ententes sur la réadmission. Toutefois, cela n'est pas non plus lié au projet de loi.

Nous avons commencé à resserrer les procédures à l'entrée, mais cela ne se rapporte pas au projet de loi.

Je conviens que nous devons mieux choisir les membres de la CISR, mais là encore cela n'est pas lié au projet de loi.

L'un des témoins a affirmé que nous élargissons la définition. En fait, les États-Unis ont déjà adopté une définition plus large parce qu'ils ont déjà mis en oeuvre la convention contre la torture. Nous ne faisons que remplir une des obligations internationales que nous avons prises quand nous avons ratifié la convention contre la torture. Nous nous sommes engagés à ne pas renvoyer les personnes menacées de torture. C'est à cela que sert le projet de loi.

Quelqu'un a dit que nous devrions écarter dès le départ les demandes sans fondement. Nous avons adopté une procédure dite procédure du fondement minimum, qui devait nous permettre de parvenir à cette fin. Nous nous en sommes débarrassés parce qu'elle écartait moins de 10 p. 100 des demandes sans fondement, qu'elle coûtait trop cher et qu'elle était trop lente. Nous avons décidé qu'il ne valait pas la peine de la maintenir.

Les États-Unis ont instauré un processus appelé processus de la crainte fondée, qui s'assimile à notre ancienne procédure du fondement minimum, pour éliminer les demandes sans fondement. Toutefois, 85 p. 100 des demandeurs passent avec succès l'audience portant sur la crainte fondée. Des ressources considérables sont consacrées à l'élimination d'un faible pourcentage de demandes. Le Parlement a décidé il y a plusieurs années qu'il s'agissait là d'un gaspillage de ressources.

Ce que je veux dire, c'est que nombre des commentaires soumis par les témoins précédents n'avaient guère à voir, sinon pas du tout, avec ce projet de loi.

I want to comment on the Charter and the use of the notwithstanding clause. I would hope that is not seriously considered by the Senate.

First, the *Singh* decision has been grossly misstated. I was initially hopeful that the *Singh* decision would be interpreted more broadly, but it has been interpreted by the courts in Canada in a very narrow way. In *Singh* the court said, as it has now been interpreted by the Federal Court in subsequent cases, that if the Government of Canada gives a person the right to a hearing, then he has the right to a fair hearing. After enactment of provisions that denied certain categories of persons the right to make refugee claims, such as if you were found to be a danger, we challenged that saying it violated *Singh*, because everyone had to have a hearing. The Federal Court of Appeal concluded that there was no violation of the Charter in denying someone a hearing as long as it was not done in a discriminatory fashion.

Therefore, what the previous witnesses have stated is not correct. *Singh* does not give a right to a refugee hearing. It only says that if the government grants an individual a hearing, it must be a fair hearing. The government is free to enact legislation that denies people the right to a hearing as long as it is not done in a discriminatory fashion. That is the interpretation that has been given to *Singh* by the Federal Court of Appeal.

It is true that we have been successful in convincing the court that you cannot send someone back without some kind of assessment as to whether they would be in danger, but the procedures involved in assessments of risk do not require complex hearings in the way the previous witnesses suggested.

In other words, I do not believe that a notwithstanding clause is necessary. I believe that the evidence given to you by the previous witnesses was inaccurate in that it misstated what *Singh* says. I think the witnesses stated what we would have liked *Singh* to say, but it is not what *Singh* has now been interpreted to say.

Mr. Mendel M. Green: The previous panel is well known to me. I have been practising immigration law for 40 years. I am an immigration law specialist. I am a lawyer who has been actively involved in perhaps more cases than most of the immigration bar, and I am quite proud of the fact that all three of my children are immigration lawyers. I am somewhat troubled by the former deputy minister, Mr. Manion, saying that the decisions must be made by the government, not refugee groups or unscrupulous lawyers. I must comment on this. That means, "Let us, the government, the bureaucrats, make those decisions, and keep the lawyers out of it — lawyers like Mr. Waldman, perhaps one of Canada's foremost litigants in immigration, who lectures to the Federal Court of Appeal judges and the Federal Court Trial Division, and is well regarded, well respected; and Barbara Jackman, a co-counsel in the *Singh* decision, this famous decision that we are all talking about that was misrepresented by the previous panel.

Je veux aussi faire un commentaire sur la Charte et l'utilisation de la disposition d'exemption. J'espère que le Sénat n'envisage pas sérieusement cette possibilité.

Premièrement, la décision *Singh* a été citée tout à fait hors contexte. J'espérais, au départ, que cette décision serait interprétée de façon plus large, mais les tribunaux du Canada en ont fait une interprétation très étroite. Dans la décision *Singh*, le tribunal affirme, comme l'a maintenant confirmé la Cour fédérale dans des affaires subséquentes, que si le gouvernement du Canada accorde une audience à une personne, cette audience doit être équitable. Après la promulgation des dispositions refusant à certaines catégories de personnes le droit de demander le statut de réfugié, par exemple s'il est établi que vous représentez un danger, nous avons contesté cette clause qui nous paraissait aller à l'encontre de la décision *Singh* voulant que tous aient droit à une audience. La Cour d'appel fédérale a conclu qu'on ne violait pas les dispositions de la Charte si l'on refusait une audience à quelqu'un, dans la mesure où il s'agissait d'une décision éclairée.

Par conséquent, ce que les témoins antérieurs ont affirmé était exact. La décision *Singh* ne consacre pas le droit à une audience. Elle signifie simplement que si le gouvernement accorde une audience à une personne, il doit s'agir d'une audience équitable. Le gouvernement est libre d'appliquer une loi qui refuse à certains le droit à une audience dans la mesure où cela se fait de façon éclairée. C'est l'interprétation que donne la Cour d'appel fédérale de la décision *Singh*.

Il est vrai que nous avons réussi à convaincre les tribunaux qu'il était impossible de renvoyer quelqu'un sans une évaluation quelconque du danger que nous lui faisons courir, mais la procédure nécessaire à l'évaluation du risque n'exige pas d'audiences complexes, contrairement à ce que les témoins précédents ont laissé entendre.

Autrement dit, je ne crois pas qu'une disposition d'exemption soit nécessaire. Je crois que l'information que vous ont communiquée les témoins précédents était inexacte et faussait la décision *Singh*. Je crois que les témoins ont présenté ce que nous aurions souhaité que la décision *Singh* signifie, mais ce n'est pas ainsi que cette décision a été interprétée.

M. Mendel M. Green: Je connais bien le groupe qui nous a précédés. Je pratique le droit dans le domaine de l'immigration depuis 40 ans. Je suis un spécialiste du droit de l'immigration. À titre d'avocat, j'ai sans doute participé à un plus grand nombre d'affaires que la plupart des membres du Barreau travaillant dans ce domaine et je suis très fier du fait que mes trois enfants sont avocats spécialistes de l'immigration. Je suis un peu inquiet d'entendre un ancien sous-ministre, M. Manion, affirmer que les décisions doivent être prises par le gouvernement et non pas par des groupes de réfugiés ou des avocats sans scrupule. Je me dois de commenter cette remarque. Cela signifie «Laissez-nous, le gouvernement, les bureaucrates, prendre les décisions; écarter les avocats de ces dossiers» — des avocats comme M. Waldman, l'un des spécialistes les plus réputés du domaine de l'immigration au Canada, qui prononce des conférences devant les juges de la Cour d'appel fédérale et de la Section de première instance de la Cour fédérale et qui est respecté de tous, des avocats comme Barbara Jackman, qui a participé à l'affaire

Lawyers have only one job in this country, and that is to ensure that justice in Canada is administered in accordance with the law. Nothing else. Frankly, I am shocked by the comments of the former deputy minister of Immigration, supported by the rest of the panel members, in saying that you should just let the government make the decisions and keep the lawyers out of it.

Look at the statistics from LEXBASE and Richard Kurland, showing that the Federal Court overturned more than 50 per cent of visa officers' decisions. What does that tell you? It tells you that those people, acting for the government, are not upholding "the law of Canada."

I am troubled by that kind of rhetoric, by that kind of — I do not want to say "right-wing attitude," but it does trouble me. I have an obligation as a lawyer, as does every professional lawyer in this country, to uphold the law. If we do not have the protection of the law in this country, the Senate is in big trouble and every Canadian is in trouble.

I am here to talk about two clauses in the new bill. There are many areas that I am concerned about, but from what I have heard today, you have been involved with security and refugees and things like that. I will not talk about that today. I will talk about a situation that is well known to all of you, because you have read about it in the media time and time again, or maybe when you were practising your professions or were members of Parliament. Your constituents come to you and say, "My son came to this country with me 30 years ago. He never became a Canadian citizen. He is married and has five children. He has committed a crime, and they will deport him. Can you help me?" We have all heard and read about this.

I have been practising law for 40 years, and this will be the third Immigration Act that I have seen. In the old days, under the first Immigration Act, people would petition the Minister of Immigration and the bureaucrats to be allowed to remain in Canada. Then the Immigration Appeal Division was created as an independent body to deal with these various issues. I have appeared before Gordon Fairweather, and I have great respect for the appeal division of the Immigration Appeal Board. They were given the equitable jurisdiction. If a permanent resident committed a crime in this country and the Immigration Act said the person must be deported, they could review that decision and deal with all the circumstances of the case.

Serious criminals whom the minister found to be a danger to Canada could not get to that Immigration Appeal Division under the present Immigration Act. The Federal Court Trial Division and the Court of Appeal have regularly supported the Immigration Appeal Division. Rarely are their decisions overturned. You heard all these discussions about two-member panels, et cetera. They are mainly, except in very rare cases, one-member panels. They have the respect of the Canadian Bar Association. They have the respect of Canadian Immigration.

Singh, la célèbre décision dont tout le monde parle et qui a été très mal exposée par le groupe précédent.

Les avocats n'ont qu'une seule responsabilité dans notre pays et c'est de veiller à ce que la justice au Canada soit administrée conformément à la loi. Rien d'autre. Honnêtement, je suis scandalisé par les commentaires de l'ancien sous-ministre de l'Immigration, appuyé par les autres membres de son groupe. Il soutient que vous devriez laisser au gouvernement le soin de prendre les décisions et ne pas permettre aux avocats d'intervenir.

Regardez les statistiques de LEXBASE et de Richard Kurland, qui montrent que la Cour fédérale a cassé plus de 50 p. 100 des décisions des agents des visas. Qu'est-ce que cela signifie, selon vous? Cela signifie que ces personnes, au nom du gouvernement, ne font pas respecter la «loi du Canada».

Ce type de discours m'inquiète, ce type de — j'hésite à parler d'«extrême-droite», mais cela me trouble. Je suis tenu, comme tous les avocats qui exercent dans notre pays, de respecter la loi. Si le Canada n'a plus la protection de la loi, le Sénat aura des ennuis, tous les Canadiens auront des ennuis.

Je suis venu parler de deux dispositions du nouveau projet de loi. Ce ne sont pas les seuls aspects qui me préoccupent, loin de là, mais d'après ce que j'ai entendu aujourd'hui vous avez déjà traité de la sécurité, des réfugiés et de questions de ce genre. Je ne vais pas m'y arrêter maintenant. Je vais parler d'une situation bien connue de vous tous, parce que vous en avez pris connaissance par l'entremise des médias à maintes reprises ou peut-être dans le cadre de vos activités professionnelles ou à titre de député. Vos électeurs vous ont peut-être rencontré pour vous dire «Mon fils est arrivé dans notre pays avec moi il y a 30 ans. Il n'a jamais demandé la citoyenneté canadienne. Il est marié et il a cinq enfants. Il a commis un crime, et on menace de l'expulser. Pouvez-vous m'aider?» Nous avons tous lu des articles sur de tels cas.

Je pratique le droit depuis 40 ans, et la prochaine loi sur l'immigration sera la troisième que j'aurai vu naître. Autrefois, à l'époque de la première loi sur l'immigration, les gens présentaient au ministre de l'Immigration et aux bureaucrates des pétitions pour qu'on les autorise à rester au Canada. Puis la Division d'appel de l'Immigration a été créée comme organisme indépendant chargé de régler ces questions. J'ai plaidé devant Gordon Fairweather, et j'ai beaucoup de respect pour la Section d'appel de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié. On lui a donné la compétence en «equity». Si un résident permanent avait commis un crime dans notre pays et que la Loi sur l'immigration prévoyait la déportation dans un tel cas, la Section pouvait revoir la décision et trancher en fonction des particularités du cas.

Les criminels qui, de l'avis du ministre, présentent un danger pour le Canada ne peuvent pas s'adresser à la Section d'appel de l'immigration en vertu de la loi actuelle. La Section de première instance de la Cour fédérale et la Cour d'appel ont souvent appuyé la Section d'appel de l'immigration. Les décisions de cette instance ont rarement été renversées. Vous avez entendu toutes les discussions au sujet de commissions de deux membres, et cetera. Généralement, sauf très rares occurrences, les commissaires décident seuls. Ils jouissent du respect de

They do an admirable job, and their decision-making power has been checked by our courts of appeal and has been found to be, in the main, appropriate.

The Immigration Appeal Board follows the *Ribic* decision and looks at the seriousness of the offence, the possibilities of rehabilitation, the length of time in Canada, the family in Canada that may be affected by this individual being deported, the support available, et cetera. The minister is now proposing in this new bill that if a permanent resident of Canada commits "serious criminality," which is defined as a crime punishable by a term of imprisonment of two years, he or she has no right of appeal to the Immigration Appeal Division. That will create enormous difficulties for the politicians and the minister in the future. It is ill founded and does not make the slightest sense.

In the past few years, only 500 to 800 of these cases have gone to the Immigration Appeal Division, and maybe 40 to 50 per cent of those were criminality cases. When the Immigration Appeal Division looks at the case independently and carefully, at least they give the individual the opportunity to weigh the circumstances.

Take this scenario. Mr. Smith commits a crime. He is from England. He came here with his parents when he was a year old. He is 30 years old, married with many children, and is sentenced to two years less a day in a provincial reformatory. He has a right of appeal to the Immigration Appeal Division on the equitable considerations test to determine if he should be permitted to stay in this country. Mr. Brown, another Englishman in the same circumstances, goes before another judge, and instead of two years less a day in a provincial reformatory, the judge gives him two years — one day more — and there is no appeal. What a difference a day makes, 24 little hours.

Frankly, ladies and gentlemen, I have handled these "trauma cases," as I call them, for the families of people who have become involved in criminality. The minister and the government, in this particular clause, are unfortunately throwing the families of these people onto the welfare system, and we Canadians will ultimately pay the penalty for that. It is ill founded. It makes no practical sense. There is no high volume. The government wants to say, "We are tough on criminality." I can tell you that the present act, and the bill that we are studying here, is frankly tough on criminality, and it is applied that way. We are all parroting the same thing. The problem is resources, resources, resources. I am saying the present Immigration Appeal Division works. This section should not be changed, or it will cause Canadians a great deal of difficulty in the future.

The final say on the removal of Mr. Brown and Mr. Smith from Canada will lie with the minister. We are leaping back 40 years in immigration law and giving the minister the right to make a decision on whether or not there are compassionate, humanitarian grounds for allowing Mr. Smith and Mr. Brown to remain in Canada. Something is wrong. It is unnecessary. The

l'Association du Barreau canadien. Ils ont le respect du Service canadien de l'immigration. Ils font un travail admirable, et leurs pouvoirs décisionnels ont été examinés par nos tribunaux d'appel et jugés, dans l'ensemble, appropriés.

La Commission d'appel de l'immigration s'inspire de la décision *Ribic* et tient compte de facteurs comme la gravité de l'infraction, les perspectives de réadaptation, le temps passé au Canada, la famille résidant au Canada et susceptible d'être affectée par la déportation de l'intéressé, le soutien disponible, et cetera. En vertu de ce que le ministre propose maintenant dans ce nouveau projet de loi, si un résident permanent au Canada commet un acte criminel «grave», c'est-à-dire un crime entraînant une peine d'emprisonnement de deux ans, il ne peut pas en appeler devant la Section d'appel de l'immigration. Cela créera d'énormes difficultés aux politiciens et aux ministres à l'avenir. La mesure n'a aucune raison d'être, elle n'a aucun sens.

Ces dernières années, la Section d'appel de l'immigration a examiné de 500 à 800 de ces cas, et seulement 40 ou 50 d'entre eux avaient trait à des affaires criminelles. Lorsque la Section d'appel de l'immigration examine indépendamment et avec soin une affaire, elle donne au moins à l'intéressé l'occasion de faire valoir les circonstances.

Prenez ce scénario. M. Smith commet un crime. C'est un Anglais qui est arrivé ici avec ses parents à l'âge d'un an. Il a maintenant 30 ans, il est marié et a plusieurs enfants. On le condamne à deux ans moins un jour dans un établissement correctionnel provincial. Il peut s'adresser à la Section d'appel de l'immigration, qui établira de façon équitable s'il peut être autorisé à rester dans notre pays. M. Brown, lui aussi un Anglais, est dans les mêmes circonstances. Il comparait devant un autre juge et plutôt que d'être condamné à deux ans moins un jour dans un établissement correctionnel provincial, il se voit imposer deux ans — c'est-à-dire une journée de plus — il n'a pas droit d'en appeler. Une seule journée, 24 heures, cela fait toute la différence.

Honnêtement, mesdames et messieurs, j'ai vu de ces «cas traumatiques», comme je les appelle, pour les familles de personnes tombées dans la criminalité. Le ministre et le gouvernement, avec cette disposition particulière, condamnent malheureusement les familles de ces personnes à l'aide sociale et nous, Canadiens, nous paierons au bout du compte le prix de cette décision. La mesure est injustifiée. Elle est illogique sur le plan concret. Il n'y a pas un fort volume de ces cas. Le gouvernement veut indiquer qu'il a «de la poigne avec les criminels». Je peux vous dire que la loi actuelle, comme le projet de loi à l'étude aujourd'hui, est vraiment sévère pour les criminels et elle est appliquée de cette façon. Nous ne faisons tous que répéter la même chose. Le problème vient des ressources, un point c'est tout. Je vous affirme que l'actuelle Section d'appel de l'immigration obtient d'excellents résultats. Il ne faut pas la modifier, sous peine de créer de graves difficultés aux Canadiens à l'avenir.

C'est le ministre qui aura le dernier mot au sujet de l'expulsion de M. Brown ou de M. Smith du Canada. Nous retournons 40 ans en arrière en matière de droit de l'immigration et nous donnons au ministre le pouvoir de prendre une décision quant à la présence ou à l'absence de motifs humanitaires en vertu desquels M. Smith et M. Brown pourraient être autorisés

Immigration Appeal Board, and I appear before it probably more than any counsel in Canada, is doing a fine job. I must say they have disagreed with me on many occasions and many of my clients are now back wherever, but this is a totally unnecessary clause.

I want to move on to another issue as outlined on page 7 of my brief. The Standing Committee on Citizenship and Immigration studied this very problem in 1998, and recommended that the children of these people need some protection and Parliament should react to this issue. You can read that in my paper, so I will not repeat it. One would think that in drafting a new act, they would consider the recommendation of the parliamentary committee, which stated:

Although the committee does not recommend a dramatic change to Canada's law, we believe it is time to cautiously re-examine our current position, at least in relation to people who arrive as children.

I have been around a long time, in fact longer than many of these bureaucrats from whom you have heard. In the old days, there used to be a domicile rule. People who came to Canada and stayed here for five years or ten years could not be removed. That was changed in 1976 when the Immigration Appeal Board was established and these people had the right to appeal.

As a compromise, I have recommended that any permanent resident who has been here at least five years should have the right to appeal to the Immigration Appeal Board on compassionate, humanitarian, or on all the circumstances of the case, equitable grounds.

It makes no sense to take criminals for whom we Canadians are responsible because they came here as a children, and grew up and acted improperly, and send them back to wherever. Banishment, ladies and gentlemen, disappeared from the law of civilized nations years and years ago. We are re-imposing banishment in Canadian law with this particular clause, in my respectful submission.

Yes, we should get rid of the bad apples. I do not stand up for criminality. I am not soft on criminality, but clearly, we have to place all the circumstances of a case before an independent tribunal of the Immigration Appeal Division.

My second concern, interestingly enough, follows through on the comments of Ms Sparling from OPIC. She is concerned that there is no regulation of consultants. To be frank, if your six-year-old child claimed to be a consultant, Immigration must, by law, deal with that individual — if someone were stupid enough to pay your six-year-old child as a consultant, Immigration must deal with that person as the consultant.

There is a place for consultants, in my opinion, in helping people obtain employment authorization, as Ms Sparling mentioned, although they should be regulated. Ms Sparling suggested licensing, and I concur with that. In the quasi-judicial

à rester au Canada. Quelque chose ne va pas. Cela est inutile. La Commission d'appel de l'immigration, et je m'adresse à cette commission sans doute plus souvent qu'aucun autre avocat au Canada, fait un excellent travail. Je dois dire que bien souvent elle n'est pas d'accord avec moi et que nombre de mes clients sont retournés d'où ils étaient venus, mais cette disposition est totalement inutile.

Je vais maintenant me pencher sur une autre question, comme je l'indique à la page 7 de mon mémoire. Le Comité permanent de la citoyenneté et de l'immigration a étudié ce problème en 1998 et conclu que les enfants de ces personnes avaient besoin d'une certaine protection et que le Parlement devait intervenir. Vous pouvez lire ce que je dis à ce sujet dans mon mémoire, je ne vais donc pas le répéter. On peut croire qu'en rédigeant une nouvelle loi on tiendrait compte de la recommandation du comité parlementaire, qui était la suivante:

Nous ne recommandons pas de modifier complètement la loi canadienne, mais nous estimons qu'il est temps de revoir notre position actuelle, du moins en ce qui concerne les personnes qui arrivent ici en bas âge.

J'oeuvre dans ce domaine depuis longtemps, en fait depuis plus longtemps que nombre des bureaucrates qui sont venus témoigner devant vous. À l'époque, il y avait la règle de la résidence. Les personnes qui vivaient au Canada depuis cinq ou dix ans ne pouvaient pas être expulsées. Cette règle a été modifiée en 1976, quand la Commission d'appel de l'immigration a été créée et que ces personnes ont été autorisées à faire appel.

À titre de compromis, j'ai recommandé que tout résident permanent vivant ici depuis au moins cinq ans ait le droit d'en appeler devant la Commission d'appel de l'immigration, pour des motifs humanitaires ou selon les circonstances du cas, de façon équitable.

Il est illogique de refouler des criminels pour lesquels, nous, Canadiens, sommes responsables. Ces gens qui sont venus ici encore enfants, qui ont grandi ici et qui ont mal agi, nous voulons les renvoyer chez eux, où que cela se trouve. Le refoulement, mesdames et messieurs, a été éliminé du droit des nations civilisées il y a bien des années. Cette disposition particulière rétablit le refoulement en droit canadien, c'est du moins ce que j'estime.

Oui, nous devrions éliminer les mauvais sujets. Je ne défends pas la criminalité. Je ne veux pas excuser le crime, mais de toute évidence nous devons présenter toutes les circonstances d'une affaire à un tribunal indépendant relevant de la Section d'appel de l'immigration.

Ma seconde préoccupation, curieusement, découle des commentaires de Mme Sparling, de l'OPIC. Elle s'inquiète de l'absence de réglementation visant les experts-conseils. Honnêtement, si votre enfant de six ans se déclare consultant, le ministère de l'Immigration est tenu, en vertu de la loi, de traiter avec lui — si quelqu'un est assez naïf pour payer un enfant de six ans comme consultant, Immigration Canada doit traiter avec cette personne à ce titre.

Les consultants ont leur place dans le système, à mon avis. Ils peuvent aider les étrangers à obtenir des permis de travail, comme l'a mentionné Mme Sparling, même s'il semble en effet nécessaire de réglementer le secteur. Mme Sparling a parlé

process of a deportation proceeding — a refugee removal proceeding — there are hundreds, if not thousands, of people who have no legal training at all representing people faced with such a proceeding.

Parliament has studied this, and this is already the sixth time that I have commented on the regulation of immigration consultants before a parliamentary committee or a Senate committee. I have been before the Law Society of Upper Canada four times on this issue.

Everyone recognizes that you do not need to be a rocket scientist to know that these people must be controlled, and they themselves want to be controlled. What does the government do in Bill C-11? Subclause 167(1) states:

Both a person who is the subject of Board proceedings and the Minister may, at their own expense, be represented by a barrister or solicitor or other counsel.

That means anybody — the six-year-old can represent a person in the most serious refugee case. Is that right? I say no. I suggest that anyone appearing before a judicial or quasi-judicial proceeding should be a barrister and solicitor. We Canadians can control those people, although we have no control over the other people.

Coincidentally, Ms Seligman, who is a former chair of the Ontario Bar Association, asked me if I had seen a particular Web site. It is a site for companies called "Angel, Edward & Associates" and "McGuire, Lewis & Associates" who carry on business, apparently, in Hamilton, Ontario. Angel, Edward, et al. claim to provide immigration legal services. Of particular interest on their Web site are pictures of their staff and their foreign agents. Two photographs on the site are labelled, "not agents of our firm: discharged for receiving funds not in accordance with the approved real contracts." At the other end of the site, it declares in English and Russian that they handle family sponsorship programs for US\$10,000. There is no control.

I wish I, with 40 year's experience, could garner such fees. Frankly, in my respectful submission to this senate committee, the government has been irresponsible in not acting on its authority to regulate the consultants. The consultants themselves want to be regulated.

I am not making a bid for more work for lawyers, but I am saying that report after report has said that the public does not have protection, and yet the government does nothing. The federal government's position is that licensing is in the provincial jurisdiction, and yet it has been in the Immigration Act for years. They are perpetuating that aspect. Instead of saying that only a qualified legal person should represent a person in a refugee deportation hearing, which can have horrendous consequences, they allow anybody to "consult."

d'accréditation, et je suis d'accord avec elle. Dans le processus quasi judiciaire de la déportation — la procédure qui permet d'expulser un réfugié — il y a des centaines sinon des milliers de personnes qui n'ont aucune formation juridique et qui représentent des immigrants menacés d'une telle mesure.

Le Parlement a étudié la question et c'est déjà la sixième fois que je présente mes commentaires sur la réglementation des consultants de l'immigration à un comité parlementaire ou à un comité du Sénat. J'ai témoigné devant le Barreau du Haut-Canada quatre fois à ce sujet.

Tous reconnaissent qu'il n'est pas nécessaire de réfléchir longuement pour déterminer que ces professionnels doivent être réglementés, et eux même veulent qu'il en soit ainsi. Que fait le gouvernement dans le projet de loi C-11? Le paragraphe 167(1) stipule:

L'intéressé peut en tout cas se faire représenter devant la Commission, à ses frais, par un avocat ou un autre conseil.

Cela signifie que n'importe qui, y compris un enfant de six ans, peut représenter une personne dans les affaires de réfugié les plus sérieuses. Est-ce judicieux? J'affirme que non. À mon avis, quiconque intervient dans le cadre d'une procédure judiciaire ou quasi judiciaire devrait être avocat. Nous, Canadiens, pouvons contrôler ces professionnels, mais nous n'avons aucun pouvoir sur les autres.

En passant, Mme Seligman, qui était autrefois présidente du Barreau du Haut-Canada, m'a demandé si j'avais visité un certain site Web. Il s'agit du site des entreprises «Angel, Edward & Associates» et «McGuire, Lewis & Associates» apparemment installées à Hamilton, en Ontario. Angel, Edward & Associates offre des services juridiques dans le domaine de l'immigration. Il est particulièrement intéressant que son site Web présente des photos de son personnel et de ses agents étrangers. Des photographies sur le site portent une mention précisant qu'il ne s'agit pas d'agents du cabinet: renvoyés pour avoir touché des fonds en contravention des contrats approuvés. À la fin du site, il y a des mentions en anglais et en russe disant que le cabinet gère des programmes de parrainage familial pour 10 000 \$ US. Il n'y a pas de contrôle.

J'aimerais bien, avec mes 40 ans d'expérience, pouvoir réclamer de tels honoraires. Honnêtement, dans le mémoire que je présente à votre comité du Sénat, je soutiens que le gouvernement s'est montré irresponsable en n'intervenant pas pour réglementer les consultants. Les consultants eux-mêmes veulent une réglementation.

Je n'essaie pas de trouver plus de travail pour les avocats, j'affirme simplement que tous les rapports ont toujours soutenu que la population n'était pas protégée, et pourtant le gouvernement n'intervient pas. Le gouvernement fédéral est d'avis que les permis d'exercer sont de compétence provinciale, même si la Loi sur l'immigration en prévoit depuis des années. Le gouvernement perpétue le problème. Plutôt que de déclarer que seule une personne qualifiée en matière juridique peut représenter un client dans une audience relative à la déportation d'un réfugié, procédure qui peut avoir d'énormes conséquences, on permet à n'importe qui de «donner des conseils».

The reasoning is that you should be permitted to have anyone of your own choosing — your minister, your family — to help you. That is fine, if they are not getting paid. However, as you can see from these, they are charging far more than any lawyer could charge. If a lawyer did charge a fee like this, every law society in Canada would make that lawyer give back the money and/or lose his or her licence.

Those are the two concerns that I wished to speak to today. I have many concerns about security, but I do not have time to speak to that today. This senate committee could easily fix my two concerns, because they are not monumental and should be addressed in a serious fashion.

The Chairman: You are obviously an awesome litigator.

Ms Robin Seligman, Representative, Canadians for a Fair and Just Immigration Policy: I am with Canadians for a Fair and Just Immigration Policy. It truly is a national coalition, and represents groups from Ontario and across Canada, including the Canadian Hearing Society, the Italian National Congress, B'nai B'rith Canada and the Canadian Bar Association.

I am a lawyer and a member of the Ontario Bar Association, where I served as chair for three years and as an executive member for 12 years. I also served on the Canadian Bar Association for three years. I have been practicing immigration law for 16 years.

I will focus on the issue of imposing leave for judicial review. Our coalition fully supports the position set out by, not only Mr. Green and Mr. Waldman, but also the Canadian Bar Association. We have also presented a position paper. In particular, Mr. Green commented on a compromise on the appeal rights of permanent residents — a five-year rule, at a minimum, should be recommended by the Senate. Anyone who has been in Canada for at least five years must automatically have a right of appeal to the IRB. Please note that it does not mean that the appeal division will allow them to stay here. It means that people have an opportunity to present their case.

Also in support of Mr. Green, and on the issue of consultants, the coalition fully supports regulation and the Senate could immediately recommend that. I appeared before a parliamentary committee approximately 10 years ago on the same issue on behalf of the Ontario Bar Association. Nothing has been done in the time that I have been practicing, and it is an outrage. Almost every day of the week, I get people coming in to tell me horrific stories about the bad advice they have been given by people not qualified to dispense legal advice.

I know the focus has been on September 11 and the security issues. I would reiterate that the position presented by this panel is that Bill C-11 will not protect Canadians any more than the present legislation. It is respectfully submitted that the minister has the authority under the present legislation to do whatever she

La justification en est que vous devriez pouvoir demander à la personne de votre choix — un ministre du culte, un membre de votre famille — de vous aider. C'est bien joli, si ces personnes ne sont pas payées. Toutefois, comme vous pouvez le constater ici, les consultants perçoivent beaucoup plus que ce qu'un avocat pourrait faire. Si un avocat exigeait des honoraires de ce type, tous les barreaux du Canada l'obligeraient à rendre l'argent sous peine d'être radié.

Voilà les deux préoccupations que je voulais vous soumettre aujourd'hui. J'ai bien des inquiétudes au sujet de la sécurité, mais je n'ai pas le temps d'aborder la question aujourd'hui. Votre comité pourrait facilement régler mes deux préoccupations, car il ne s'agit pas de questions insurmontables et il convient de les aborder avec sérieux.

Le président: Il faut reconnaître que vous savez plaider!

Mme Robin Seligman, représentante, Canadians for a Fair and Just Immigration Policy: Je représente l'organisation Canadian for a Fair and Just Immigration Policy. Il s'agit d'une véritable coalition nationale qui réunit des groupes de l'Ontario et de tout le Canada, y compris la Société canadienne de l'ouïe, l'Italian National Congress, B'nai B'rith Canada et le Barreau canadien.

Je suis avocate et membre du Barreau du Haut-Canada, dont j'ai été présidente pendant trois ans. J'ai siégé au comité exécutif de cet organisme pendant 12 ans et au sein de l'Association du Barreau canadien pendant trois ans. Je pratique le droit depuis 16 ans dans le secteur de l'immigration.

Je veux parler aujourd'hui de l'exigence visant l'obtention d'une autorisation pour procéder à un contrôle judiciaire. Notre coalition appuie sans réserve la position exposée non seulement par MM. Green et Waldman, mais aussi par l'Association du Barreau canadien. Nous avons également présenté un document de travail à cet égard. M. Green, entre autres, a fait des commentaires sur un compromis relatif au droit d'appel des résidents permanents — une règle de cinq ans, à tout le moins, devrait être recommandée par le Sénat. Quiconque demeure au Canada depuis au moins cinq ans doit avoir automatiquement droit d'en appeler devant la CISR. Il convient de signaler que cela ne signifie pas que la Section d'appel autorisera ces personnes à rester ici. Cela signifie que les intéressés auront l'occasion d'exposer leur cas.

Toujours pour appuyer M. Green et au sujet des consultants, la coalition est entièrement en faveur d'une réglementation, et le Sénat pourrait immédiatement recommander cette mesure. Il y a une dizaine d'années, j'ai comparu au nom du Barreau du Haut-Canada devant un comité parlementaire qui étudiait la même question. Rien n'a été fait depuis que je pratique le droit dans ce domaine, et cela est scandaleux. Pratiquement tous les jours de la semaine, des gens viennent me raconter des histoires d'horreur au sujet de mauvais conseils qui leur ont été donnés par des personnes n'ayant aucune compétence pour dispenser des conseils juridiques.

Je sais que les événements du 11 septembre et les questions de sécurité sont au cœur du dossier. J'aimerais répéter que de l'avis de notre groupe, le projet de loi C-11 ne protégera pas mieux les Canadiens que la loi actuelle. Je soutiens bien respectueusement que le ministre a les pouvoirs nécessaires, en vertu de la loi

must to make Canadians feel more secure. Just to let you know, under the present legislation, anyone who seeks admission to Canada at a port of entry can be fingerprinted, photographed and detained for examination. That exists now under section 45 of the Immigration Act. In addition, if an officer is not satisfied with respect to the person's identity or suspects that the person is a terrorist or a member of an organization engaged in terrorism, that person can be detained under subsection 103.1 of the existing legislation.

Being suspected or determined to be a terrorist undoes everything. A terrorist cannot make a refugee claim and cannot avoid removal to a country of persecution. That is contained in subsection 46.01 and section 53 of the current legislation. All the smoke and mirrors about we need to pass this bill now to protect Canadians, with all due respect, is giving them a false sense of security.

The minister, without passing legislation, has told people that if we cannot paper screen you at the border, we will send you back. There is already much authority for the government to do what it must to get things right, rather than pushing this bill through as a knee-jerk reaction to September 11.

I fully support Mr. Waldman's comments. The main issues seem to be security, intelligence and communication between the departments. We all, I am sure, saw the documentary by Mr. Terrence McKenna on Mr. Ressay, and we were astounded that CSIS, after tracking him for two years, had never communicated with Immigration — and he was under a deportation order.

The department is underfunded. There are many people with removal orders against them who cannot be tracked down. That is also an area that needs full resources and should be taken seriously. That does not mean passing Bill C-11 quickly. I hope that addresses some of your concerns.

I know senators are under a great deal of pressure and want to be seen as helping to protect Canada. However, do not do the reverse. Do not pass legislation that gives Canadians a false sense of security, because it is only a piece of paper. If you do not have the manpower or the resources to enforce what is written, it is of no help. They have the power right now, under the present legislation, to do what they must do. They must have the willpower and the guts to get up and do it.

With respect to other issues of serious concern, this bill provides for retroactivity. That means anyone who is in the system now will have the provisions of this bill apply to them, notwithstanding when they made their application or the position they are in. I will focus on the people in the process for immigration rather than refugee status. Please remember, refugees constitute approximately 10 to 15 per cent of the people

actuelle, pour prendre toutes les mesures qui s'imposent afin que les Canadiens se sentent plus en sécurité. À titre d'exemple, en vertu de la loi actuelle, quiconque demande l'entrée au Canada peut devoir se soumettre à la prise d'empreintes digitales, être photographié et être retenu aux fins d'examen. Ces règles existent actuellement en vertu de l'article 45 de la Loi sur l'immigration. En outre, si un agent n'est pas convaincu de l'identité de la personne ou s'il soupçonne que cette personne soit un terroriste ou fasse partie d'une organisation qui favorise le terrorisme, il peut la mettre en détention en invoquant l'article 103.1 de la loi actuelle.

Le fait d'être suspecté de terrorisme ou d'être un terroriste avéré est amplement suffisant. Un terroriste ne peut pas présenter de demande de statut de réfugié et il ne peut pas éviter le refoulement vers un pays qui se livre à la persécution. Cette question est réglée à l'article 46.01 et à l'article 53 de la loi actuelle. Tous les arguments voulant qu'il faille adopter immédiatement le projet de loi pour protéger les Canadiens, avec tout le respect que je vous dois, n'ont pour but que de favoriser un faux sentiment de sécurité.

Le ministre, sans adopter de nouvelle loi, a affirmé aux Canadiens que si nous ne pouvions pas vérifier les documents à la frontière nous renverrions les intéressés. Le gouvernement possède déjà une grande partie des pouvoirs dont il a besoin pour faire le nécessaire pour redresser la situation. Il n'a pas besoin d'insister pour faire adopter le projet de loi par un réflexe presque automatique à la suite des événements du 11 septembre.

J'appuie pleinement les commentaires de M. Waldman. Les principaux problèmes semblent liés à la sécurité, au renseignement et aux communications entre ministères. Nous avons tous, j'en suis convaincue, vu le documentaire de M. Terrence McKenna au sujet de M. Ressay. Nous nous sommes tous étonnés que le SCRS, après l'avoir suivi pendant deux ans, n'ait jamais communiqué ces renseignements à Immigration Canada — et une ordonnance de déportation avait été prononcée contre M. Ressay.

Le ministère est sous-financé. De nombreuses personnes contre qui des ordonnances de refoulement ont été prononcées ne peuvent pas être retracées. C'est aussi un secteur où il faut plus de ressources et qu'il convient de prendre au sérieux. Cela ne signifie pas qu'il faille adopter rapidement le projet de loi C-11. J'espère que cela répond à certaines de vos préoccupations.

Je sais que les sénateurs font l'objet de nombreuses pressions et veulent être perçus comme désireux de protéger le Canada. Toutefois, il ne faut pas faire l'inverse. N'adoptez pas une loi qui donne aux Canadiens un faux sentiment de sécurité parce que ce n'est qu'un bout de papier. Si vous n'avez pas les effectifs ni les ressources pour appliquer ce qui est prévu dans la loi, cette loi ne servira à rien. Le gouvernement a déjà les pouvoirs nécessaires en vertu de la loi actuelle, pour faire ce qu'il doit faire. Il lui suffit d'avoir la volonté et le courage d'agir.

Quant aux autres questions qui nous préoccupent vraiment, le projet de loi prévoit la rétroactivité. Cela signifie que tous ceux qui ont déjà un dossier à l'étude dans le système seront visés par les dispositions du nouveau projet de loi, indépendamment du moment où ils auront présenté leur demande ou de leur situation. Je vais mettre l'accent sur les personnes dont les cas ont déjà été soumis à Immigration Canada plutôt que sur les demandeurs du

whom we bring into the country. The rest of the Immigration Act and the policies deal with other people, such as those who have gone through security screening and those who have been fingerprinted. I do not think those people are posing what Canadians perceive as a major threat to our security. When someone makes an application for permanent residence, it now takes anywhere from two to four years to be processed at our visa offices. People pay a great deal of money to be processed. It costs \$500 per adult and \$1,000 for a business application. When you are coming from a Third World country, that could represent one or two years' income for your whole family. These people who have made an application in good faith under the existing laws, knowing that they have received enough points to qualify, or believing they have met the business or entrepreneur definition, will now be excluded if they no longer qualify under Bill C-11. Therefore, someone who has been waiting up to four years to have their papers processed will now be refused, without getting their fees refunded. These people have relied on what is posted on the government's Web sites and on what the laws are. They have made their applications in good faith. They will now have the rug pulled out from under their feet, after waiting for years, because the laws have changed. Selection will change in terms of requiring higher levels of education and other things that may affect people negatively.

The recommendation in that regard is — and the government has done it before — they should do parallel processing. If you qualified under the old act, you should qualify under the new act.

The concept of leave to appeal makes people's eyes glaze over because they do not know what we are talking about. I want to bring it down to a practical level. The government wants to impose leave to appeal on overseas decisions. The minister has said that this will level the playing field. She is saying that if one needs leave while inside Canada, then the same should apply to those overseas. The processes are totally different. When people overseas make an application, they are not entitled to legal counsel, unless they are going through the process in Quebec. They are not allowed to tape the interviews. All you have is some visa officer or designated immigration officer, someone who is not even a Canadian, putting their words down and refusing them. These appeals represent about 850, and sometimes fewer, cases out of 250,000 applications in the system. It is extremely important to allow these people a fair process and not force them to go through the screening. The Inter-American Commission on Human Rights has said that our leave provisions — and this is in the refugee context — constitute almost a numbers thing. It is docket control. That process is totally inappropriate for overseas decisions.

statut de réfugié. N'oubliez pas que les réfugiés représentent de 10 à 15 p. 100 des personnes qui viennent dans notre pays. Le reste de la Loi sur l'immigration et les politiques connexes se rapportent à d'autres personnes, notamment des personnes qui ont subi une vérification de sécurité et celles dont les empreintes digitales ont été relevées. Je ne crois pas que ces personnes présentent ce que les Canadiens perçoivent comme une grave menace à notre sécurité. Les demandeurs de la résidence permanente doivent maintenant prévoir de deux à quatre ans avant que les bureaux des visas traitent leur demande. Ils paient de fortes sommes pour présenter ces demandes. Il en coûte en effet 500 \$ pour un adulte et 1 000 \$ pour une entreprise. Lorsque vous venez d'un pays du tiers monde, cela peut correspondre à un ou deux ans de revenus pour toute votre famille. Les personnes qui ont soumis de bonne foi une demande dans le cadre des lois existantes, sachant qu'elles ont les qualités voulues pour être acceptées ou croyant qu'elles satisfont à la définition d'entreprise ou d'entrepreneur, seront exclues si elles ne répondent pas aux nouveaux critères définis dans le projet de loi C-11. Par conséquent, ceux qui attendent depuis peut-être quatre ans que leur demande soit traitée se verront maintenant refusés, sans que les frais qu'ils ont engagés puissent leur être remboursés. Ces personnes se sont fiées à ce qui était affiché sur les sites Web du gouvernement et à ce que disaient nos lois. Elles ont fait leur demande en toute bonne foi. Leur candidature sera maintenant écartée malgré les années d'attente, simplement parce que la loi aura changé. Les critères de sélection seront modifiés; le niveau d'instruction exigé, notamment, sera plus élevé et d'autres aspects pouvant se répercuter de façon négative sur les candidatures seront également changés.

La recommandation à cet égard est d'assurer un traitement parallèle — et le gouvernement l'a déjà fait. Si vous étiez admissible en vertu de l'ancienne loi, vous devriez l'être en vertu de la nouvelle.

Les gens écarquillent les yeux quand on mentionne la notion d'autorisation d'appel, parce qu'ils ne savent pas de quoi il est question. Je voudrais ramener cette notion à un niveau pratique. Le gouvernement veut imposer l'autorisation d'en appeler des décisions prises à l'étranger. La ministre a dit que cela simplifierait les règles du jeu. Elle dit aussi que l'autorisation accordée à quelqu'un qui se trouve au Canada devrait s'appliquer aux personnes qui sont à l'étranger. Les processus sont totalement différents. Lorsque les personnes présentent une demande à l'étranger, elles n'ont pas droit à un conseiller juridique, à moins qu'elles ne soient engagées dans le processus suivant les règles du Québec. L'enregistrement de l'entrevue est interdit. Il n'y a qu'un agent des visas ou un agent d'immigration désigné, quelqu'un qui n'est même pas Canadien, qui refuse d'entendre les arguments et qui rejette la demande. Ces appels ne représentent que 850 cas, et parfois même moins, sur les 250 000 demandes qui sont traitées dans le système. Il est extrêmement important que ces personnes puissent avoir accès à un processus équitable et qu'elles ne soient pas obligées de subir le processus de présélection. La Commission interaméricaine des droits de l'homme a dit que nos dispositions concernant l'autorisation d'appel — dans le contexte du statut de réfugié — sont presque trop complexes. Il s'agit d'un contrôle, et ce processus est totalement inapproprié pour les décisions prises à l'étranger.

The Auditor General commented in his 2000 report that the quality of decision making is lacking and inconsistent. Visa officers must be subject to scrutiny and review. In particular, I have had the opportunity to represent a business family with a 17-year-old son who was hearing impaired. The Immigration department refused that family because that child would place excessive demand on our health and social services. The federal government has defined "excessive demand" to be something other than costs. In other words, will there be displacement of Canadians? Will that cause Canadians to lose access to services? I had the opportunity to cross-examine the Immigration doctors who said this person would cause excessive demand. Two doctors based in Ottawa said they had never dealt with someone with a hearing problem. One was a retired cardiovascular surgeon and the other a GP from Quebec. No inquiries had been made of Ontario, which is where this family wanted to move, as to what processes or services this person might be entitled to. One of the doctors said that people who are hearing impaired had better have a superior IQ if they want to come to this country.

The Department of Justice consented to that appeal and we are still in the process. If leave were imposed, I would have never uncovered the basis for the decision. I would not have had the opportunity to cross-examine the doctor. I would never have found out what they were thinking and why they made that decision. On their affidavit, they said something different. They said they had looked into all the possibilities and what would be required, and this person would cause excessive demand.

The minister wants you to believe that those officers have the authority and are the best people to make that decision. With all due respect, they should be subject to scrutiny.

Senator LeBreton: Mr. Green, my question concerns clause 64, which the Canadian Bar Association characterized in their testimony as "mandatory deportation." Are you suggesting that clause be removed, or amended?

Mr. Green: It should be amended. If people come here and commit serious crimes, I would say that if we were to have a five-year domicile provision, then they should go to appeal. If it is any earlier than that, I do not have much sympathy, especially for someone who has just arrived here. If a person has been here 25 years and they have committed one offence, it is like banishment. No immigration officer has any discretion over that. It is just a paper — what a difference a day made. That is it.

The Chairman: I have heard this argument and it puzzles me. I will use your 25-year example. If people have been here for 25 years, why have they not become citizens?

Mr. Green: That is a very good question.

Dans son Rapport 2000, le Vérificateur général dit que la qualité du processus de prise de décision comporte des lacunes et qu'il manque d'uniformité. Les agents des visas doivent faire l'objet d'un examen et d'une surveillance attentive. Plus particulièrement, j'ai eu l'occasion de représenter une famille de gens d'affaires dont le fils de 17 ans souffrait d'une déficience auditive. Le ministère de l'Immigration a refusé le droit d'entrée à cette famille parce que l'enfant imposerait un fardeau trop lourd à nos services sociaux et de santé. Le gouvernement fédéral a défini le «fardeau excessif» comme quelque chose qui diffère des coûts. En d'autres mots, y aura-t-il déplacement de Canadiens? Cela fera-t-il en sorte que les Canadiens perdent leur accès aux services? J'ai eu l'occasion de contre-interroger des médecins du ministère de l'Immigration qui ont dit que le cas de cette personne représenterait un fardeau excessif. Deux médecins d'Ottawa m'ont dit n'avoir jamais eu à traiter avec quelqu'un souffrant d'une déficience auditive. Dans un cas, il s'agissait d'un chirurgien cardio-vasculaire à la retraite et dans l'autre, d'un omnipraticien du Québec. Aucune demande n'avait été faite auprès de l'Ontario, la province même où cette famille voulait s'établir, quant aux traitements ou aux services auxquels cette personne pourrait avoir droit. Un des médecins m'a dit que les gens souffrant d'une déficience auditive faisaient mieux d'afficher un quotient intellectuel supérieur s'ils voulaient immigrer au pays.

Le ministère de la Justice a autorisé cet appel et le processus est toujours en cours. Si l'appel avait été refusé, je n'aurais jamais eu l'occasion de connaître les motifs de la décision, et je n'aurais jamais eu l'occasion de contre-interroger les médecins. Je n'aurais jamais su ce qu'ils pensaient ni connu les motifs de leur décision. Dans leur affidavit, ils disent des choses différentes. Ils affirment avoir examiné toutes les possibilités et envisagé ce qui serait nécessaire, et conclu que cette personne imposerait un fardeau excessif pour le système.

La ministre veut vous faire croire que ses agents ont l'autorité et qu'ils sont les mieux placés pour prendre la décision. En toute déférence, ils devraient être soumis à un examen détaillé.

Le sénateur LeBreton: M. Green, ma question concerne l'article 64, qui est décrit dans le témoignage de l'Association du Barreau canadien comme un «renvoi obligatoire». Laissez-vous entendre que cet article devrait être éliminé ou modifié?

M. Green: Il devrait être modifié. Si nous avions une provision de résidence de cinq ans, les gens qui viennent au pays et qui commettent des crimes graves devraient aller en appel. Avant cette limite, je dois avouer que je n'ai guère de sympathie, particulièrement pour quelqu'un qui vient tout juste d'arriver au pays. Si une personne est ici depuis 25 ans et qu'elle commet une infraction, c'est comme l'exil. Aucun agent de l'immigration n'a de discrétion à cet égard. Il s'agit uniquement d'un document — quelle différence une seule journée peut faire. Voilà, c'est tout.

Le président: Votre argumentation m'intrigue. J'utiliserai votre exemple de 25 ans. Si une personne est ici depuis 25 ans, pourquoi n'est-elle pas devenue citoyen?

M. Green: Voilà une très bonne question.

The Chairman: If that puts pressure on them to become a citizen, then that is not a bad thing, in my view.

Mr. Green: That is true. Even though it is in the act, unfortunately, some in our multicultural society do not understand the importance of becoming a Canadian citizen. We must get those Citizenship Court judges out there to make people understand the benefits of Canadian citizenship. Many also have the concept of retaining their Italian or whatever other passport they have.

Right now, individuals who commit a crime that is punishable by a maximum of 10 years, which is almost 75 per cent of all the offences in the Criminal Code, are subject to removal. It does not make any difference. You must understand that you are dealing with a multicultural country and they do not understand the implications.

The Chairman: Do they then say, "Why did someone not tell me?"

Mr. Green: That is right. Then the Immigration Appeal Board stays the removal order and that individual is reformed.

Senator LeBreton: You hear many cases of people who have lived in Canada all their lives, and when they apply for their Old Age Security, they realize they are not citizens. If one of those people committed a crime, they could be deported to God knows where.

Mr. Green: I practised a great deal of criminal law in my younger days. Many of the federal penitentiaries have better reformation policies and programs than provincial ones. When you know your client is going to get about two years, you say to the judge, "Send him to the federal penitentiary; he will reform himself or herself." I am afraid that bureaucrats have forgotten that penitentiaries are there not only to punish people, but to reform them as well. We forget that there is a process of reformation. Fortunately, some of those people in the penitentiary system actually do reform.

That one day just turns it into banishment. They use a different term, though.

Senator Fairbairn: Mr. Green, is there any way that you could foresee the spirit of the changes you want under clause 64 being effected by way of regulation?

Mr. Green: No, it is right in the bill. I have raised this with the senior bureaucrats. They say the policy of the government is to be strong against criminality. Again, you are dealing with people as if they were paper. That is the effect of this unusual clause.

I am not trying to be facetious, but can you tell me the difference one day makes in removing a person from Canada? It does not make sense, especially when the families who are affected have committed no crimes. Canadians will be paying more welfare costs, and there will be sociological costs because the children do not have one parent here. The drafters of the bill

Le président: Si cela pousse les gens à devenir citoyen, ce n'est sûrement pas une mauvaise chose, selon moi.

M. Green: C'est vrai. Bien que la loi en fasse état, certaines de nos sociétés multiculturelles ne comprennent malheureusement pas l'importance de devenir citoyen canadien. Les fonctionnaires du Bureau de la citoyenneté doivent faire comprendre aux gens les avantages qu'il y a à être citoyen canadien. Plusieurs personnes veulent aussi conserver leur passeport italien ou le passeport avec lequel elles sont arrivées au pays.

Actuellement, les personnes qui commettent un crime passible d'une peine d'emprisonnement d'un maximum de 10 ans, ce qui représente près de 75 p. 100 de toutes les infractions en vertu du Code criminel, s'exposent à un renvoi. Cela ne fait aucune différence. Il faut comprendre que nous sommes dans un pays multiculturel et que plusieurs personnes ne comprennent pas nécessairement les conséquences de tout cela.

Le président: Est-ce qu'elles ne disent pas «Pourquoi quelqu'un ne me l'a pas dit?»

M. Green: Bien sûr! Par la suite, la Commission de l'immigration et du statut de réfugié annule la mesure de renvoi et la personne est réformée.

Le sénateur LeBreton: On entend parler de nombreux cas de personnes qui ont toujours vécu au Canada et qui, sur présentation d'une demande de prestations de Sécurité de la vieillesse, découvrent qu'elles n'ont pas la citoyenneté du pays. Si une de ces personnes commettait un crime, elle pourrait être renvoyée Dieu seul sait où.

M. Green: J'ai beaucoup pratiqué le droit criminel dans mes jeunes années. Plusieurs des pénitenciers fédéraux ont de meilleurs politiques et programmes de réadaptation que les établissements provinciaux. Quand vous savez que votre client sera condamné à une peine de deux ans, vous dites au juge, «Envoyez-le dans un établissement fédéral, où il pourra se réadapter». Je crains que les bureaucrates n'aient oublié que les pénitenciers n'existent pas uniquement pour punir les gens, mais aussi pour les aider à se réadapter. Nous oublions qu'il y a tout un processus de réadaptation. Heureusement, certaines personnes en poste dans le système pénitencier font de la réadaptation.

Cette seule journée se traduit par l'exil. On utilise cependant un terme différent.

Le sénateur Fairbairn: M. Green, pouvez-vous envisager de quelque manière que ce soit que l'esprit des changements que vous voulez apporter à l'article 64 puissent l'être par règlement?

M. Green: Non, c'est dans le projet de loi. J'en ai parlé avec les hauts fonctionnaires qui disent que la politique du gouvernement est d'être ferme face à la criminalité. Vous traitez ici des gens comme s'il s'agissait de papiers. C'est l'effet de cet article inhabituel.

Je n'essaie pas d'être facétieux, mais pouvez-vous me dire quelle différence une seule journée peut faire en ce qui a trait au renvoi d'une personne du Canada? Cela n'a aucun sens, surtout lorsque les familles qui sont affectées n'ont commis aucun crime. Les Canadiens en absorberont les coûts économiques et il y aura aussi des coûts sociologiques parce que les enfants

have not appropriately considered the totality of the social problems.

Ms Seligman: At the parliamentary level, when the government was making its presentation after clause-by-clause consideration, they introduced what they called "an independent adjudicator." An independent adjudicator has no authority whatsoever under the bill to make any decisions on the circumstances of the case, other than to confirm. "Is your name Bob and did you commit the crime and was it a two-year sentence?" If the answers are in the affirmative, the adjudicator must deport the person and there is no right of appeal.

I heard over and over in different testimony by government officials at the parliamentary level that the independent adjudicator would miraculously provide some kind of review. They went on to say that the person could go to the Federal Court. I hope it is perfectly clear that the independent adjudicator has no authority whatsoever to review the circumstances of the person's case or how long they have been in Canada: neither does the Federal Court. It is strictly an administrative process.

Mr. Green: The Federal Court can only make a decision by asking, "Are you Bob and have you committed the crime and have you been given a two-year sentence?" They can ask nothing about the circumstances of the case or the human problems that may occur as a result of Bob being removed.

Ms Seligman: I have heard about Federal Court oversight over and over again in the media. It is an illusion.

Senator Fairbairn: There is a limitation on the Federal Court in this bill as well.

Ms Seligman: Yes. There will be leave anyway on those decisions because they are inside Canada, but again, they do not have the authority.

Senator Fairbairn: As you know, we have a document that indicates the kinds of regulations that they are intending to put forward, but we do not have the actual regulations, anymore than you do.

Can the issue of consultants be dealt with through regulation?

Mr. Green: It can be, absolutely, but it never has been. I am afraid that a responsible committee taking this seriously must tackle the problem. In 40 years, I have been before six or seven government committees urging that control be taken, but no steps have been taken. I have been before the law society three times, and all agree that control must be taken, but nothing has been done. The people of Canada are not being properly served, in my respectful submission.

Ms Seligman: In the American system, most processes require the applicant to be represented by a lawyer or by one of the groups that Mr. Green referenced, the non-profit types of

n'auront qu'un seul parent au pays. Les rédacteurs du projet de loi n'ont apparemment tenu aucun compte de l'ensemble des problèmes sociaux.

Mme Seligman: Au niveau parlementaire, lorsque le gouvernement faisait son exposé après l'étude article par article, on a parlé d'un «arbitre indépendant». Un arbitre indépendant n'a aucune autorité en vertu du projet de loi de prendre quelque décision que ce soit concernant les circonstances entourant le dossier, autre que d'obtenir une réponse à la question suivante: «Vous appelez-vous Bob et avez-vous commis le crime et s'agissait-il d'une peine de deux ans?» Si la réponse est affirmative, l'arbitre doit renvoyer la personne et cette personne n'a aucun droit d'appel.

J'ai entendu à plusieurs reprises dans divers témoignages de fonctionnaires du gouvernement lors de l'étude parlementaire que l'arbitre indépendant fournirait, miraculeusement, une forme quelconque d'examen. Les parlementaires ont ajouté que la personne pourrait se présenter en Cour fédérale. J'espère qu'il est parfaitement clair que l'arbitre indépendant n'a aucune autorité d'examiner les circonstances entourant le dossier de la personne ni la période de séjour au Canada; la Cour fédérale non plus n'a aucun pouvoir en ce sens. Il s'agit exclusivement d'un processus administratif.

M. Green: La Cour fédérale peut rendre une décision uniquement après avoir demandé «Vous nommez-vous Bob et avez-vous commis le crime et avez-vous reçu une peine de deux ans?» Le tribunal ne peut rien demander sur les circonstances entourant le dossier ni sur les problèmes humains qui pourraient résulter du renvoi de Bob.

Mme Seligman: J'ai entendu parler abondamment du droit de regard de la Cour fédérale dans les médias. Il s'agit d'une illusion.

Le sénateur Fairbairn: Ce projet de loi prévoit également des limites pour la Cour fédérale.

Mme Seligman: Oui. Il y aura une autorisation applicable à ces décisions parce qu'elles sont prises au Canada, mais la Cour fédérale n'a pas cette autorité.

Le sénateur Fairbairn: Comme vous le savez, nous avons un document qui mentionne le type de règlement que l'on entend prendre, mais nous n'avons pas le texte même du règlement, pas plus que vous d'ailleurs.

La question des consultants peut-elle être abordée dans le cadre d'un règlement?

M. Green: Elle peut l'être, mais cela n'a jamais été fait. Je crains qu'un comité responsable ne soit obligé d'examiner sérieusement le problème. En 40 ans, j'ai témoigné devant des comités sous six ou sept gouvernements pour demander qu'il y ait des contrôles, mais rien n'a été fait en ce sens. J'ai présenté des mémoires au Barreau à trois reprises, et chaque fois on était d'accord pour qu'il y ait des contrôles, mais rien n'a été fait. Selon moi, la population du Canada n'est pas bien servie.

Mme Seligman: Dans le système américain, la plupart des processus exigent que le demandeur soit représenté par un avocat ou par l'un des groupes auxquels M. Green a fait référence, le

organizations, or ministers — people who are doing it as a charitable contribution to their community.

Senator Di Nino: Mr. Green, based on your opening comment, I think it is appropriate to inform you that your reputation precedes you — or should I say, your good reputation precedes you?

Let me quickly seize on the issue raised by Senator Fairbairn. You said previously that licensing is a provincial issue. Yet you also said that — and I think I agree with you — we could deal with this issue through a recommendation to the minister, or some guarantee from the minister that she would include that in the regulations. That still requires, then, a further step by a provincial body to license. Is that not correct?

Mr. Green: Licensing of consultants should be done by the provincial authorities. The chairman asked the chairman of OPIC: "Why have you not tried to get legislation passed?" However, the act, under clause 167, allows anyone to appear before a tribunal. If you said that only barristers or solicitors or non-profit counsel could appear there, that would be fine. Then you need not license them. You need only define the words "other counsel."

Senator Di Nino: These folks would then be suggesting that we are putting them out of business.

Mr. Green: No, we are not suggesting that you put them out of business with respect to the employment authorizations or the immigration process for which the Web site describes a charge of US\$10,000. They can do that work. Ms Sparling is a former immigration officer and is extremely competent. She knows that would work. Frankly, though, and with due respect to her, in dealing with the legalities of refugee cases, or removal orders, or the technical, heavy weight of law that has developed in the Federal Court on immigration, I would suggest that Mr. Waldman or Ms Seligman would be far more qualified than Ms Sparling, notwithstanding her knowledge of immigration, or even the deputy minister.

You are dealing with a complex body of law. The Immigration Appeal Board produces close to 75 judgments per day across Canada. Counsel must know those things and must keep up to date.

I teach law just to force myself to stay updated. It is a very complex issue today. I see what I call the "heart massage" cases in my office, people who have been represented by someone who claims to provide legal services in immigration, but has no background or experience in presenting or arguing the cases, which have been screwed up. In fact, the best thing that Immigration has going for them are the consultants who help remove people from Canada who would otherwise be here, perhaps.

type d'organisme sans but lucratif ou des ministres — des gens qui le font en guise de contribution de bienfaisance à leur collectivité.

Le sénateur Di Nino: M. Green, sur la base de vos observations préliminaires, je crois qu'il est approprié de vous informer que votre réputation vous précède, ou plutôt que votre bonne réputation vous précède?

Permettez-moi d'aborder rapidement la question soulevée par le sénateur Fairbairn. Vous avez dit plus tôt que l'attribution de permis est une question provinciale. Vous avez dit également — et je crois être en accord avec vous — qu'il serait possible de régler ce problème en recommandant à la ministre d'inclure cette question dans le règlement ou en obtenant d'elle une garantie quelconque à cet effet. Il n'en demeure pas moins qu'il faut toujours une autre mesure pour qu'un organisme provincial accorde un permis, est-ce exact?

M. Green: L'accréditation de consultants devrait être du ressort des autorités provinciales. Le président de votre comité a demandé au président de l'OPIC: «Pourquoi n'avez-vous pas cherché à faire adopter une législation?» Toutefois, l'article 167 de la loi permet à quiconque de se présenter devant un tribunal. Si vous avez dit que seuls des avocats ou des solliciteurs ou des conseils agissant sans but lucratif pourraient s'y présenter, c'est très bien. À ce moment, il ne serait pas nécessaire de les accréditer. Il faut simplement préciser le sens des mots «autre conseil».

Le sénateur Di Nino: Ces personnes laisseraient alors sous-entendre que nous cherchons à les mettre en faillite.

M. Green: Non, nous ne laissons nullement entendre que nous cherchons à les exclure en ce qui a trait aux autorisations d'emploi ou au processus d'immigration, pour lequel le site Web mentionne des frais de 10 000 \$US. Ils peuvent faire ce travail. Mme Sparling est une ex-agente de l'immigration et elle est extrêmement compétente. Elle sait que cela fonctionnerait. Franchement, et en toute déférence, parce que j'ai eu à traiter de l'aspect légal de dossiers de réfugiés ou de mesures de renvoi ou de dossiers légaux très techniques et lourds qui ont été présentés devant un tribunal fédéral de l'immigration, je suis d'avis que M. Waldman ou Mme Seligman serait beaucoup mieux qualifié que Mme Sparling, malgré toutes ses connaissances en matière d'immigration ou même que le sous-ministre.

Vous traitez ici d'un ensemble de droit très complexe. La Commission de l'immigration et du statut de réfugié rend près de 75 décisions par jour au Canada. Les conseils doivent être au courant et doivent maintenir leurs connaissances à jour.

J'enseigne le droit afin de m'obliger à rester au courant de ces questions. Il s'agit d'une question très complexe. Au bureau, je vois ce que j'appelle des cas de «massage cardiaque», des personnes qui ont été représentées par quelqu'un qui prétendait offrir des services juridiques en matière d'immigration, mais qui n'avait aucune formation ni aucune expérience dans la présentation ou l'argumentation des dossiers. Bref, des personnes dont les intérêts ont été mal servis. La meilleure chose qui puisse arriver au ministère de l'Immigration sont ces consultants qui aident à renvoyer du Canada des gens qui autrement seraient peut-être ici.

As for the refugee determination scheme, many consultants are filing unarguable cases before the Immigration and Refugee Board. Nothing can be done about that because, as I told you, a six-year-old child can be a consultant. There is no control. The foreign consultants are filing applications to the Federal Court for judicial review in boilerplate form. There is no control over that. They are not lawyers.

Senator Di Nino: You have stated your case eloquently. Do you think clause 64 would withstand a Charter challenge?

Mr. Green: The practical implications of September 11 will force almost any judge to come down on the side of this kind of attitude. It may not, though. It certainly is arguable, but again, all *Singh* said is that if a hearing is granted, it must be a fair hearing.

"Serious criminality" is defined in the bill. If the Canadian Parliament determines that "serious criminality" means a two-year sentence, then that is it. It has been considered by the Parliament, and I am afraid that if I were arguing with the Justice department, I would be successful in upholding that proposed section. The social implications of that are frightening. I really mean that.

Senator Di Nino: You believe it would be challenged?

Ms Seligman: Absolutely.

Senator Di Nino: The issue of deportations has been called "a joke" and all kinds of other things. Some of the witnesses have truly heaped scorn on our record there. Does Bill C-11 contain anything, or should it contain something, by which we could rectify that problem?

Mr. Green: I read in the paper the other day that there are 27,000 unexecuted deportation orders. Let us put the issue of our border into perspective. When you come across the border, who is the first person you see? You see a customs officer, who wants to know what shopping you have done outside the country. He or she is concerned about the bottle of liquor or cigarettes you may have. That is the culture and the nature of our border. Customs officers have passport-swiping machines on their desks — which are Canadian technology, by the way. You are put in the computer. First, no one is checked out of Canada by swiping a passport on the way out. Second, our criminal organizations like CSIS, RCMP, or various policing agencies, do not feed customs all that information. Customs culture deals with drugs, importing and things like that. Immigration should be on the front line in Canada. It is in the United States. I travel about 200,000 miles a year. Every country that I have ever been to posts an immigration officer who checks me in. When I leave, he or she stamps my passport.

Pour ce qui est du régime de détermination du statut de réfugié, plusieurs consultants présentent des cas insoutenables devant la Commission de l'immigration et du statut de réfugié. On ne peut rien faire à ce sujet parce que, comme je vous l'ai dit, un enfant de six ans peut être un consultant. Il n'y a aucune mesure de contrôle. Les consultants étrangers présentent à la Cour fédérale des demandes d'examen judiciaire sous forme imparfaite. Il n'y a aucun contrôle. Ces personnes ne sont pas des avocats.

Le sénateur Di Nino: Vous avez soutenu votre cas avec éloquence. Estimez-vous que l'article 64 pourrait résister à une contestation en vertu de la Charte des droits et libertés?

M. Green: Les conséquences pratiques des événements du 11 septembre forceront presque n'importe quel juge à adopter une attitude favorable, mais pas nécessairement. On pourrait en débattre, mais comme disait *Singh*, si on donne le droit à une audience, il faut que cette audience soit équitable.

La notion de «grande criminalité» est définie dans le projet de loi. Si le Parlement canadien détermine que la «grande criminalité» correspond à une peine de deux ans, tel sera le cas. Cet aspect a été envisagé par le Parlement et je dois vous dire que si j'avais à discuter avec le ministère de la Justice, je parviendrais à maintenir cet article proposé. Les conséquences sociales en sont effrayantes et je pèse mes mots.

Le sénateur Di Nino: Vous croyez qu'elle serait contestée?

Mme Seligman: Absolument.

Le sénateur Di Nino: On a dit de la question de renvoi que c'est une «farce» et toutes sortes d'autres choses. Certains des témoins ont véritablement noirci notre dossier. Le projet de loi C-11 contient-il quelque chose ou devrait-il contenir quelque chose qui permettrait de corriger ce problème?

M. Green: J'ai lu dans le journal l'autre jour qu'il y a 27 000 mesures de déportation auxquelles on n'a pas donné suite. Mettons la question de notre frontière en perspective. Quand vous vous présentez à la frontière, quelle est la première personne que vous voyez? Vous voyez un agent de douane, qui veut savoir si vous avez fait du magasinage pendant que vous étiez à l'extérieur du pays. Cette personne s'intéresse à la bouteille d'alcool ou aux cigarettes que vous pouvez avoir en votre possession. Telle est la culture et la nature de notre frontière. Les agents de douane ont, sur leurs bureaux, des machines de balayage de passeports — une technologie canadienne, soit dit en passant. Vos coordonnées sont versées dans l'ordinateur. Premièrement, on ne contrôle pas du tout les personnes qui quittent le Canada en balayant leur passeport. Deuxièmement, nos organisations de lutte contre la criminalité comme le SCRS, la GRC ou divers organismes de police ne fournissent pas tous ces renseignements aux douanes. La culture des douanes est de s'occuper de drogues, d'importation et de choses comme celles-là. Au Canada, les questions d'immigration devraient être à l'avant-plan. C'est le cas aux États-Unis. Je parcours environ 200 000 miles par année. Dans tous les pays où je suis allé, j'ai été accueilli par un agent de l'immigration. Quand je quitte le pays, cette personne appose un timbre dans mon passeport.

A visitor could come to Canada, stay for two years, leave and come back next week and we would have no knowledge. That is a matter of resources and common sense.

Senator Di Nino: The bill does not have to change: is that what you are saying?

Mr. Green: It does not have to change.

Senator Di Nino: Mr. Waldman said that we do not have to change Bill C-11 because all the tools that are required are in place to deal with national security. Do you agree with that?

Mr. Green: I agree with that.

Ms Seligman: In my opening comments, I quoted sections of the existing act that specifically deal with detention of people who the officers think are a risk.

Senator Di Nino: We do not require this legislation to put that provision in place. Is that correct?

Ms Seligman: That is correct.

Senator Cordy: I agree with Mr. Green that it is important that a committee such as this listen to all people interested in immigration and refugees. Our Senate committee has certainly endeavoured to do that.

You made comments about serious criminals, terrorists and so on, who are, under clause 64, denied the right to appeal. We examined the definition of a serious criminal. My understanding is that, under the current act, enforcement action can be taken against permanent residents convicted of an offence in Canada for which five years or more may be imposed and six months have indeed been imposed. Bill C-11 increases the threshold, so that 10 years may be imposed and at least two years have been imposed.

You said serious criminals and terrorists must be removed quickly because these are the cases that are on the front pages of the newspapers and on television and they do an injustice to legitimate immigrants coming into the country and to legitimate refugees who want a safe haven.

Mr. Green: I agree with you. There is provision under the existing Immigration Act to declare a criminal a danger. They do not have a right of appeal. The minister has that authority. With respect to terrorists, there is a brutal process of an *ex parte* hearing between the justice department and the Federal Court judge that excludes that. Terrorists cannot make a refugee claim and/or remain in Canada.

Some of the former panel said that these people are not removed quickly, but frankly it is a question of resources. They must have their day in court. Someone mentioned Mahmoud Mohammad, who has been here for a great deal of time. If Mahmoud Mohammad cannot get a lawyer and argue a case before a court in Canada, none of us can. I have no sympathy for him and what he has done, if he has done these things. The cliché that the wheels of justice grind slowly is a fact.

Un visiteur pourrait venir au Canada, y demeurer pendant deux ans, quitter le pays et y revenir la semaine suivante, et nous n'aurions aucune idée de ses déplacements. C'est une question de ressources et de sens pratique.

Le sénateur Di Nino: Il n'est pas nécessaire de modifier le projet de loi, est-ce cela que vous essayez de nous dire?

M. Green: Il n'a pas à être modifié.

Le sénateur Di Nino: M. Waldman a dit que nous n'avions pas à modifier le projet de loi C-11 parce que tous les outils nécessaires existent pour traiter des questions de sécurité nationale. Êtes-vous d'accord avec cette affirmation?

M. Green: Je suis d'accord.

Mme Seligman: Dans mes observations préliminaires, j'ai cité des articles de la loi actuelle qui traitent spécifiquement de la détention de personnes qui, de l'avis des agents, constituent un risque.

Le sénateur Di Nino: Nous n'avons pas besoin de cette loi pour appliquer cette disposition. Est-ce exact?

Mme Seligman: C'est exact.

Le sénateur Cordy: Je conviens avec M. Green de l'importance qu'un comité comme le nôtre écoute toutes les parties intéressées en matière d'immigration et de statut de réfugié. Notre comité du Sénat a certainement cherché à le faire.

Vous avez fait des observations au sujet des grands criminels, des terroristes et ainsi de suite qui, en vertu de l'article 64, n'ont pas droit d'appel. Nous avons examiné la définition d'un grand criminel. Si je comprends bien, en vertu de la loi actuelle, des mesures peuvent être prises contre des résidents permanents reconnus coupables au Canada d'une infraction passible d'une peine d'emprisonnement de cinq ans ou plus et pour laquelle une sentence de six mois a été imposée. Le projet de loi C-11 hausse le minimum de sorte qu'une peine de dix ans puisse être imposée et pour laquelle un minimum de deux ans doit être purgé.

Vous avez dit que les grands criminels et les terroristes doivent être renvoyés rapidement parce que ce sont les cas qui font les manchettes des journaux et de la télévision et qu'ils constituent une injustice pour les immigrants de bonne foi qui viennent au pays et pour les réfugiés légitimes qui cherchent un havre sûr.

M. Green: Je suis d'accord avec vous. Il existe une disposition dans la Loi sur l'immigration actuelle permettant de déclarer qu'un criminel constitue un danger. En l'occurrence, il n'a aucun droit d'appel. Seule la ministre a cette autorité. En ce qui a trait aux terroristes, il existe un processus brutal appelé audition *ex parte* entre le ministère de la Justice et le juge de la Cour fédérale qui exclut cela. Les terroristes ne peuvent prétendre au statut de réfugié ni demeurer au Canada.

Certaines des personnes qui ont témoigné devant votre comité ont dit que ces gens ne sont pas renvoyés assez rapidement, mais bien franchement il s'agit d'une question de ressources. Ces personnes ont droit à être entendues par un tribunal. Quelqu'un a parlé de Mahmoud Mohammad, qui est ici depuis fort longtemps. Si Mahmoud Mohammad ne peut obtenir un avocat et présenter sa cause devant un tribunal au Canada, personne d'entre nous le peut. Je n'ai aucune sympathie pour lui ni pour ce

I can assure you, honourable senators, that the government is making every effort, with respect to terrorism and serious criminality, to remove those people as quickly as possible. In the totality of immigration, of 225,000 a year, I do not imagine there would be 20 or 30 of these people, if that, in a year. However, they are high profile and on the front pages and they disgrace the entire process. That troubles me, as a Canadian.

Senator Cordy: When we read about cases, such as the Mohammad situation that has been tied up in appeals for years, Canadians want reassurances that these types of things do not happen, particularly after September 11. People should not be in the country for 15 years, tied up in legalities. That does not do justice to the legitimate refugee claimant coming into the country.

Mr. Green: The proposed legislation provides for an eligibility hearing within a few days. The department has said that it does not have the resources to do that, and that is true.

When I did a report on the business immigration program for the Honourable Sergio Marchi, I came up with a brilliant idea: I thought that business immigration should be dealt with in a business-like way. There is no business acumen placed in the processing of refugees and immigrants. If you could start and finish a refugee application in six months and remove the individuals who have been refused, we would not have these problems. However, the government does not have the resources. That is the answer to the problem. It is that simple.

Senator Cordy: We have heard repeatedly that we must have more resources within the department.

Ms Seligman: Section 103 of the existing act speaks to these matters. I believe Mr. Mohammad has been detained for over two years. These people can be dealt with.

Senator Cordy: If a supposed refugee claimant is being deported and happens to be in a province where he or she cannot get Legal Aid counsel, what does the claimant do? How does he or she go about getting legal help?

Mr. Green: In Ontario they are entitled to Legal Aid. Mr. Drukarsh, who will be here later, is on the Legal Aid panel in Ontario and can inform you as to the process.

The Chairman: Thank you for coming.

Our next witnesses are from the office of the United Nations High Commissioner for Refugees, UNHCR; and the Canadian Council for Refugees.

Ms Judith Kumin, Representative in Canada, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees: Honourable senators, thank you for having us here tonight. I appreciate very much the invitation to appear before this committee to participate in your review of Bill C-11.

qu'il a fait, si toutefois il a fait ces choses. Le cliché selon lequel la justice agit lentement est bien réel.

Honorables sénateurs, je peux vous assurer que le gouvernement fait tout en son possible pour renvoyer le plus rapidement possible les personnes qui sont associées au terrorisme et à la grande criminalité. Sur les 225 000 immigrants que le Canada reçoit chaque année, je ne puis imaginer qu'il y ait 20 ou 30 de ces personnes. Toutefois, ces cas font la une des médias et entachent la totalité du processus. En tant que Canadien, cela me préoccupe.

Le sénateur Cordy: Les Canadiens qui entendent parler de cas comme celui de Mohammad, qui multiplient les appels depuis des années, veulent être rassurés que ce genre de choses ne se produisent plus, particulièrement après les événements du 11 septembre. Les gens ne devraient pas être au pays pendant 15 ans à cause de dispositions légales. Cela ne fait rien pour rendre justice aux personnes qui légitimement réclament le statut de réfugié dans notre pays.

M. Green: Le projet de loi prévoit une audience dans les quelques jours qui suivent. Le ministère a dit qu'il n'a pas les ressources pour le faire, et cela est vrai.

Lorsque j'ai produit un rapport sur le programme d'immigration pour les gens d'affaires à l'intention de l'honorable Sergio Marchi, j'ai eu une idée brillante: j'ai imaginé que l'immigration des gens d'affaires devrait être abordée à la manière des activités d'une entreprise. Le traitement des demandes relatives aux réfugiés et aux immigrants ne comporte aucun aspect d'entreprise. S'il était possible d'amorcer et de régler une demande de statut de réfugié en six mois et de renvoyer les personnes à qui ce statut a été refusé, nous n'aurions plus ces problèmes. Toutefois, le gouvernement n'a pas les ressources. C'est la réponse au problème. Elle est aussi simple que cela.

Le sénateur Cordy: Nous avons entendu à maintes reprises qu'il faut davantage de ressources au sein du ministère.

Mme Seligman: L'article 103 de la Loi actuelle aborde ces questions. Je crois que M. Mohammad est détenu depuis plus de deux ans. La loi permet de traiter de tels cas.

Le sénateur Cordy: Si une personne qui réclame le statut de réfugié est renvoyée et qu'elle se trouve dans une province où elle ne peut avoir accès à l'aide juridique, que peut-elle faire? De quelle manière peut-elle obtenir une aide juridique?

M. Green: En Ontario, cette personne aurait droit à l'aide juridique. M. Drukarsh, qui sera parmi nous plus tard, fait partie du Comité de l'aide juridique en Ontario et il pourra vous renseigner sur le processus.

Le président: Je vous remercie d'être venu.

Les prochains témoins nous viennent du Bureau du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés et du Conseil canadien pour les réfugiés.

Mme Judith Kumin, représentante au Canada, Bureau du Haut-Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés: Honorables sénateurs, merci de nous accueillir ici ce soir. J'apprécie grandement l'invitation qui m'a été faite de témoigner devant votre comité et de participer à l'examen que vous faites du projet de loi C-11.

As the chairman indicated, I represent the United Nations High Commissioner for Refugees here in Canada. I must warn you that, unlike the previous witnesses, I am not a Canadian lawyer. In fact, I am neither a lawyer nor a Canadian, so that will be a bit of a switch.

The UNHCR is the agency mandated by the General Assembly of the United Nations to provide international protection to refugees and to help governments to solve refugee problems.

More specifically, UNHCR is responsible for supervising the application of the 1951 convention relating to the status of refugees, which Canada and 140 other countries have ratified.

UNHCR is currently working in 120 countries around the world. We have had an office here in Ottawa since 1976.

Earlier this year, we presented quite detailed written comments on Bill C-11, which were addressed to the House of Commons standing committee that reviewed the bill. Those comments have been made available to this committee. I will not repeat now what we said then. I propose to be mercifully brief so we can move to questions. I will make a few remarks first about the context in which Bill C-11 is being debated.

UNHCR's interest in Bill C-11 concerns those provisions that relate to refugee protection in general and, more specifically, to Canada's obligation as a state party to the 1951 refugee convention. Needless to say, in the aftermath of the terrorist attacks of September 11, our task, which is to advocate for refugee rights, has become more difficult. The conundrum of refugee protection and immigration control, which is a difficult one in the best of times, has taken on a new acuity.

The challenge inherent in Bill C-11 is precisely to respond to today's migratory pressures and security concerns without closing the door on persons in need of protection. There are more persons in need of protection in the world today than ever before.

As your Prime Minister underlined in his statement to Parliament last week, asylum for the persecuted is a core value of Canadian society, and values should not be sacrificed under the pressure of urgent circumstances.

Moreover, the need for a commitment to humanitarian action, including in the form of asylum, is as great as ever. We were reminded of this last week when the UN Secretary-General and the heads of the UN's six humanitarian agencies launched an appeal for support for the millions of Afghans who are already refugees and for the many others on the road in search of safety.

One of the ways in which states can respond to the need of refugees for protection, and one of the ways in which Canada has traditionally responded, is through refugee resettlement programs — that is, organized programs that select refugees overseas for settlement in countries of asylum. The UNHCR appreciates very much Canada's longstanding commitment to refugee resettlement. We appreciate the fact that this is specifically reflected in the objectives of Bill C-11.

Comme l'a indiqué le président, je représente le Haut Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés au Canada. Je dois vous prévenir que contrairement aux témoins précédents, je ne suis pas une avocate canadienne. De fait, je ne suis ni avocate, ni Canadienne, de sorte que mon intervention sera différente.

Le HCRNU est l'agence mandatée par l'Assemblée générale des Nations Unies pour offrir une protection internationale aux réfugiés et pour aider les gouvernements à régler les problèmes relatifs aux réfugiés.

Plus particulièrement, le HCRNU est chargé de superviser l'application de la Convention de 1951 relativement au statut de réfugié, ratifiée par le Canada et par quelque 140 autres pays.

À l'heure actuelle, le Haut-Commissariat oeuvre dans 120 pays du monde. Nous avons un bureau ici à Ottawa depuis 1976.

Plus tôt cette année, nous avons présenté par écrit au Comité permanent de la Chambre des communes chargé d'examiner ce projet de loi des observations assez détaillées sur le projet de loi C-11. Ces commentaires ont été mis à la disposition des membres de votre comité. Je ne les reprendrai pas ici. Je me propose d'être plutôt brève afin que nous puissions passer aux questions. J'aurai quelques observations au sujet du contexte dans lequel se fait l'examen du projet de loi C-11.

L'intérêt que porte le HCRNU au projet de loi vise les dispositions qui se rapportent à la protection des réfugiés en général et, de manière plus particulière, à l'obligation du Canada en tant qu'État partie à la Convention sur les réfugiés de 1951. À la suite des attentats terroristes du 11 septembre, il est inutile de dire que notre tâche, qui est de défendre les droits des réfugiés, est devenue plus difficile encore. L'énigme que pose le contrôle de l'immigration et la protection des réfugiés est complexe dans le meilleur des cas et elle a pris une dimension toute nouvelle.

L'enjeu du projet de loi C-11 est précisément de répondre aux pressions migratoires et aux préoccupations de sécurité d'aujourd'hui sans pour autant fermer la porte aux personnes à protéger. Leur nombre dans le monde est plus élevé que jamais.

Comme l'a souligné votre premier ministre dans son allocution au Parlement la semaine dernière, le droit d'asile pour les personnes persécutées est une valeur fondamentale de la société canadienne et il faudrait éviter de sacrifier ces valeurs à cause des pressions exercées par les circonstances.

De plus, le besoin d'un engagement en vue de trouver une solution humanitaire, y compris la forme d'asile, est plus grande que jamais. La semaine dernière, le Secrétaire général des Nations Unies et les chefs des six organismes humanitaires des Nations Unies ont lancé un appel en vue d'appuyer les millions d'Afghans qui sont déjà des réfugiés et pour les nombreux autres qui sont à la recherche de sécurité.

Une des façons pour les États de répondre au besoin de protection des réfugiés et une des façons dont le Canada a répondu traditionnellement est grâce aux programmes de réinstallation des réfugiés — c'est-à-dire des programmes organisés qui permettent de choisir à l'étranger des réfugiés pour les installer dans des pays d'asile. Le HCRNU apprécie grandement l'engagement de longue date du Canada pour la réinstallation des réfugiés. Nous apprécions le fait que cette

However, organized resettlement programs are not enough, and like most other countries, Canada must cope with the phenomenon of irregular migration. We live in a world in which borders between the movement of information, goods and capital are disappearing, so it is no surprise that growing numbers of people seek protection and opportunity outside their own countries.

Border control has taken on new importance since September 11, but it would be disingenuous not to recognize that barriers erected in response to irregular migration in general, and to security concerns in particular, are also hurdles for persons in search of protection.

Access to asylum for those who need it, and protection from being sent back to a country where one's life or liberty would be in danger, are the cornerstones of the international refugee protection regime. Both are enshrined in Article 14 of the Universal Declaration of Human Rights, which affirms that everyone has the right to seek and enjoy asylum from persecution.

Implementation of this basic human right requires effective national systems to distinguish persons in need of protection — that is, refugees — from those who are not in need of protection or who are not deserving of it. While the pressures generated by the recent catastrophe have precipitated debate and prompted reprioritization, care must be taken that this is not at the expense of persons in need of protection.

We think this will be more important in the context of the regulations, as they are drafted, than in the context of Bill C-11 itself and its implementation.

We must constantly remind ourselves that refugees are, by definition, not a threat, but the very people who are threatened. Therefore, any response to today's renewed security concerns must be grounded in principles of international law, of justice and of fairness.

Francisco Rico-Martinez, President, Canadian Council for Refugees: We have two parts to our presentation. I will make some introductory remarks, and then Ms Dench will make a more detailed presentation on Bill C-11. Thank you for the opportunity to make these brief comments.

The Canadian Council for Refugees is a national umbrella organization of approximately 170 members, all NGOs. Our mission calls for the promotion of the protection of refugees in Canada and around the world, and the settlement of refugees and immigrants in Canada. Of course, our focus is basically refugees who are in some way related to Canada. They are on their way to Canada, or are leaving here, or intend to get here somehow.

notion se reflète de manière particulière dans les objectifs du projet de loi C-11.

Toutefois, les programmes de réinstallation organisés ne suffisent plus et, comme c'est le cas pour la plupart des autres pays, le Canada doit faire face au phénomène des migrations irrégulières. Nous vivons dans un monde où les frontières de l'information, des biens et des capitaux tendent à s'estomper de sorte qu'il ne faut guère se surprendre du nombre croissant de personnes qui cherchent la protection et des opportunités à l'extérieur de leurs propres pays.

Les contrôles frontaliers prennent une nouvelle importance depuis le 11 septembre mais il serait naïf de ne pas reconnaître que les barrières érigées pour réagir aux migrations irrégulières en général et pour des considérations de sécurité en particulier, constituent aussi des obstacles pour les personnes qui cherchent une protection.

L'accès à une terre d'asile pour les personnes qui en ont besoin et une protection pour éviter qu'elles ne soient renvoyées dans un pays où leur vie et leur liberté seraient en danger, constituent des pierres d'assise du régime de protection internationale des réfugiés. Les deux sont enchâssés dans l'article 14 de la Déclaration universelle des droits de la personne, qui affirme que toute personne a le droit de chercher et de profiter d'une terre d'asile qui la mette à l'abri de la persécution.

La mise en oeuvre de ce droit humain fondamental exige des systèmes nationaux efficaces permettant de distinguer entre les personnes à protéger — c'est-à-dire les réfugiés — et les personnes qui n'ont pas besoin d'être protégées ou qui ne le méritent pas. Malgré que les pressions associées à la récente catastrophe aient précipité le débat et obligé à un remaniement des priorités, il faut s'assurer que cela ne se fasse point aux dépens des personnes à protéger.

Nous croyons que cela sera plus important dans le contexte de la réglementation, dans la façon dont elle sera formulée plutôt que dans le contexte du projet de loi C-11 lui-même et dans sa mise en application.

Nous devons nous rappeler constamment que les réfugiés sont, par définition, non pas une menace, mais bien les personnes menacées. En conséquence, toute réponse aux préoccupations renouvelées en matière de sécurité doit être fondée sur des principes de droit international, de justice et d'équité.

M. Francisco Rico-Martinez, président, Conseil canadien pour les réfugiés: Notre présentation comporte deux volets. Je ferai quelques observations préliminaires puis Mme Dench vous fera une présentation plus détaillée sur le projet de loi C-11. Je vous remercie de l'opportunité que vous nous offrez de formuler ces brèves observations.

Le Conseil canadien pour les réfugiés est un organisme national de coordination comptant environ 170 membres, tous des ONG. Notre mission est de faire la promotion de la protection des réfugiés au Canada et partout dans le monde et de veiller à l'installation des réfugiés et des immigrants au Canada. Bien sûr, nous nous intéressons surtout aux réfugiés qui, d'une certaine façon, sont reliés au Canada. Ils sont soit en route pour le Canada, soit ils quittent le Canada, soit ils entendent venir au pays d'une manière quelconque.

Before talking specifically about Bill C-11, we would like to make some comments on the context in which Bill C-11 is being discussed now — the events of September 11.

These are exceptionally difficult times for everyone. Let me be clear about why it is a difficult time for me personally. I am a refugee from El Salvador. I came from a situation of massive human rights violations and have been a victim of torture. I know what that means. In that way, I am tortured by everything that is happening in the United States. I am also tortured by what will happen as a reaction, a response, to these events, and the fact that many people will suffer what I suffered in the reality of El Salvador. That is our biggest concern.

It is a time of serious testing for us as a country. I say "as a country," even though I have only been a Canadian for the last four years. This is my country and I take it seriously. It is a test for our country. How will we respond to this situation? Will we live up to the best in our traditions, our values and our ideals — ideals that I have learned during my stay here in Canada? Will we succeed in avoiding responding to human rights violations by committing other human rights violations? My biggest concern is how we will respond to this.

We have here many calls for wide-ranging reforms of policies and practices in the areas of immigration and refugee protection. Some of what has been said publicly is irrational, opportunistic and feeds into existing xenophobia. Much of this talk also focuses on the refugee claimant system, even though refugee claimants make up a tiny percentage of the visitors and immigrants that enter Canada every year. The percentage is one tenth of 1 per cent.

The percentage of people who visit Canada for other reasons and stay is no more than 10 per cent. The issue is not in our immigration or refugee system. The issue is security at other levels. I do not know how we will seal our borders in the globalized environment in which we are living.

Canada has in place laws that prohibit admission to Canada of anyone likely to engage in terrorism. There is no need for stricter laws, as we have been saying at the Canadian Council for Refugees. On the contrary, both the current law and Bill C-11 throw too wide a net and catch people who in no way represent security threats to Canada.

As for changes in implementation of the law, we support any improvements in the ability of the authorities to catch those who are security risks. Everyone must be treated fairly, and we must avoid victimizing innocent immigrants and refugees, who are vulnerable communities. It is apparent to me now in every airport, because I speak English with an accent and I look like a Middle Eastern person. Those are the realities.

Avant d'aborder de manière plus particulière le projet de loi C-11, nous aimerions faire quelques observations sur les circonstances dans lesquelles le projet de loi est examiné, c'est-à-dire les événements du 11 septembre.

Nous vivons une période particulièrement difficile. Permettez-moi de vous dire clairement pour quelle raison cette période est difficile pour moi personnellement. Je suis un réfugié du Salvador. J'ai fui des conditions de violation massive des droits de la personne et j'ai été victime de torture. Je sais ce que cela signifie. D'une certaine façon, je suis torturé par tout ce qui arrive aux États-Unis. Je suis aussi torturé par ce qui se produira en réaction à ces événements, et par le fait que plusieurs personnes souffriront ce que j'ai souffert au Salvador. C'est là notre principale préoccupation.

Nous vivons une période particulièrement difficile en tant que pays. Je dis «en tant que pays» bien que je ne sois Canadien que depuis quatre ans. C'est mon pays et pour moi c'est très important. Il s'agit d'une épreuve pour notre pays. Comment réagirons-nous à cette situation? Serons-nous en mesure de respecter ce qu'il y a de mieux dans nos traditions, nos valeurs et nos idéaux, des idéaux que j'ai appris à connaître depuis que je suis au Canada? Parviendrons-nous à éviter de répondre aux violations des droits de la personne en commettant d'autres violations des droits de la personne? Ce qui me préoccupe le plus est la façon dont nous réagirons à cette situation.

Plusieurs voies s'élèvent actuellement pour réclamer de vastes réformes des politiques et des pratiques dans les domaines de l'immigration et de la protection des réfugiés. Une partie des propos publics sont irrationnels, opportunistes et alimentent la xénophobie existante. Une bonne partie de ces propos concernent le système de demande de statut de réfugié, bien que ces demandeurs constituent un faible pourcentage des visiteurs et des immigrants qui viennent au Canada chaque année. La proportion est de un dixième de un pour cent.

La proportion des visiteurs qui viennent au Canada pour d'autres raisons et qui y restent est d'au plus 10 p. 100. Le problème n'est pas notre système d'immigration ou de réfugié. La question en est une de sécurité à d'autres niveaux. Je ne sais pas comment nous parviendrons à sceller nos frontières dans le contexte de la mondialisation.

Le Canada s'est doté de lois qui interdisent l'admission au Canada de toute personne qui pourrait s'engager dans des activités terroristes. Il n'est pas nécessaire de nous doter de lois plus rigoureuses, comme le clame le Conseil canadien pour les réfugiés. Au contraire, la loi actuelle et le projet de loi C-11 vont trop loin pour attraper des personnes qui ne représentent aucune menace pour la sécurité du Canada.

Pour ce qui est des changements dans l'application de la loi, nous appuyons toute amélioration qui permettra aux autorités de repérer ceux qui présentent un risque pour la sécurité. Tous doivent être traités de manière équitable et il faut éviter de victimiser des immigrants et des réfugiés innocents, qui appartiennent à des collectivités vulnérables. Cela me saute aux yeux dans tous les aéroports parce que je parle anglais avec un accent et que j'ai l'air d'une personne originaire du Moyen-Orient. Voilà les faits.

There are values that we hope and expect Canada will live up to. Even before September 11, our organization was deeply concerned about the bill before you today, and about the pressures of public opinion that can lead to bad laws. The thing that I learned in coming to Canada is, do not take decisions when you are under pressure. Do not take decisions when you are feeling hot. Do not take decisions when it is the middle of the winter and you want to go home. Calm down, take your time and then make a decision. We are now in a position where you must make a decision. We need time, in light of democracy, to take seriously what we will do. Is this going to change something? That is our question.

We have provided this committee with a summary of our brief to the House Standing Committee on Citizenship and Immigration. We have also provided a summary of this brief. We have revised it to reflect the changes adopted by the House. Unfortunately, it has not made much difference to our summary because the vast majority of our concerns went unaddressed by Parliament.

Now, let me pass the floor to Ms Dench so she can address principles that we wish to bring to the table on Bill C-11.

Ms Janet Dench, Executive Director, Canadian Council for Refugees: First, Canadian law should conform fully to international obligations. Bill C-11 fails this test in a number of ways. Access to the refugee determination system is denied to some claimants, including anyone who has made a claim in the past. This puts Canada at risk of violating our obligation under the refugee convention to not send refugees back to persecution. The convention against torture, according to which no one, without exception, shall be returned to torture, is also not fully respected, since this basic principle is ignored in Bill C-11.

As for the Convention on the Rights of the Child, Bill C-11 does mention at various points that the best interests of the child should be considered, but the exact standard of the convention is not respected; nor does Bill C-11 require all decisions respecting children be made with this consideration in mind.

Second, all people should be treated with basic fairness. In a wide range of areas, Bill C-11 undercuts the rights of refugees and immigrants to a fair process. One such process is the way in which people can be designated as a security risk. Another is the ease with which non-Canadians can be detained, that is, deprived of their fundamental right to liberty.

Third, Canadian traditions of humanitarianism need to be reflected and reinforced. An example of a measure that betrays those traditions is the power given to the government to set a fixed annual limit on the number of refugees who may be

Nous espérons que le Canada saura respecter ces valeurs, et nous nous y attendons. Même avant les événements du 11 septembre, notre organisation était très préoccupée par la teneur du projet de loi à l'étude et aussi par les pressions de l'opinion publique qui peuvent donner lieu à de mauvaises lois. En venant au Canada, j'ai appris qu'il ne faut pas prendre de décisions sous pression. Il ne faut pas décider quand les émotions sont trop fortes. Il ne faut pas prendre de décisions en plein hiver, au moment où vous voulez rentrer chez vous. Il faut d'abord se calmer, prendre son temps, puis prendre une décision. Nous sommes maintenant dans une situation où nous devons prendre une décision. Puisque nous sommes en démocratie, nous avons besoin de temps pour agir avec sérieux. Est-ce que cela changera quelque chose? C'est la question que nous vous posons.

Nous avons remis à votre comité un résumé de notre mémoire au Comité permanent de la citoyenneté et de l'immigration de la Chambre. Nous vous avons fourni également un résumé du mémoire d'aujourd'hui. Nous l'avons revu afin de refléter les changements adoptés par la Chambre des communes. Malheureusement, cela n'a pas beaucoup changé le résumé parce que le Parlement a ignoré la vaste majorité de nos préoccupations.

Je cède maintenant la parole à Mme Dench, afin qu'elle puisse aborder certains principes concernant le projet de loi C-11.

Mme Janet Dench, directrice générale, Conseil canadien pour les réfugiés: Premièrement, les lois canadiennes devraient être entièrement conformes aux obligations internationales. Le projet de loi C-11 échoue à cet égard, de plusieurs façons. Certains demandeurs n'ont pas accès au système de reconnaissance du statut de réfugié, y compris quiconque a déjà présenté une demande. Cette situation fait que le Canada pourrait être en situation de violation de ses obligations en vertu de la Convention sur les réfugiés, qui vise à ne pas renvoyer les réfugiés dans le milieu de persécution. La Convention contre la torture, en vertu de laquelle personne, sans exception, ne doit être renvoyé dans un milieu où on pratique la torture, n'est pas entièrement respectée, puisque ce principe de base est ignoré dans le projet de loi C-11.

En ce qui a trait à la Convention relative aux droits de l'enfant, le projet de loi C-11 mentionne à divers endroits qu'il faudrait tenir compte des meilleurs intérêts de l'enfant, mais la norme exacte de la Convention n'est pas respectée. De plus, le projet de loi C-11 n'exige pas que toutes les décisions concernant les enfants soient prises en tenant compte de cet élément.

Deuxièmement, tous devraient être traités selon la même équité de base. À plusieurs égards, le projet de loi C-11 mine les droits des réfugiés et des immigrants à un processus équitable, par exemple la façon dont les personnes peuvent être considérées comme un risque pour la sécurité. Il y a aussi la facilité avec laquelle un non-Canadien peut être détenu, c'est-à-dire privé de son droit fondamental à la liberté.

Troisièmement, les traditions canadiennes d'humanisme doivent être reflétées et renforcées. Par exemple, une mesure qui trahit ces traditions est le pouvoir accordé au gouvernement d'établir une limite annuelle fixe du nombre de réfugiés qui

resettled in Canada. That would mean that for the first time since at least the Second World War, the government could limit the generosity of Canadians in responding to the needs of a few of the millions of refugees around the world seeking a permanent home.

Fourth, Canadian law should be gender sensitive. Despite the government's commitment in this regard, we do not see words being translated into action. Some provisions of Bill C-11 will have a disproportionately negative impact on women, for example, the bar on second refugee claims, since women frequently go unheard at a first hearing when only the husband's story is told.

Fifth, Canadian law should be analyzed with a view to anti-racism. We have a number of serious concerns in this regard on Bill C-11. For example, the wide discretionary powers given to immigration officers in many areas open the door to abuses targeting racial minorities. There are frequent complaints about perceived biases or racism by immigration officers, but there is no independent complaints mechanism to investigate them.

Senator Roche: I would like to put a question to Ms Kumin. I would not ordinarily ask a UN body or any one extra Canada what they think of Canadian legislation, but you are here, and you have either been summoned or invited as a witness and have given a brief. I listened to your opening presentation, and I just could not figure out whether UNHCR supports this bill or not. You drew our attention to certain deficiencies, or improvements, perhaps. I am not asking for a blanket endorsement, but I need to know where UNHCR is on this bill. Can you live with what the bill is saying about refugees?

Ms Kumin: You are right. It is not for a UN agency to pass judgment in that fashion on proposed legislation, but we have been associated with the bill and consulted by Citizenship and Immigration, including in the discussions on the regulations, so we have had much exchange on it.

I must say at the outset that the Canadian refugee determination procedure is already very highly regarded internationally, and we think that Bill C-11 has some quite positive aspects that will further strengthen that procedure. I can mention three of them specifically.

The bill specifically affirms Canada's obligations to refugees in clause 3. That is a positive aspect. The bill establishes an appeal on the merits within the Immigration and Refugee Board. That is something we have long advocated because we believe an appeal on the merits is an essential element of due process, and we welcome that. We also welcome a pre-risk assessment as a back-end safeguard, in particular, for any persons who were denied a refugee hearing at the front end of the process. We welcome the fact, as Ms Dench said, that the bill incorporates certain international obligations of Canada which were not

peuvent être réinstallés au Canada. Pour la première fois depuis la Deuxième Guerre mondiale, le gouvernement pourrait limiter la générosité des Canadiens qui tentent de répondre aux besoins d'une partie des millions de réfugiés partout dans le monde qui cherchent un domicile permanent.

Quatrièmement, les lois canadiennes devraient être égalitaires. Malgré l'engagement du gouvernement en ce sens, les actions n'appuient pas les idées exprimées. Certaines dispositions du projet de loi C-11 ont des incidences négatives disproportionnées sur les femmes, par exemple le refus de recevoir une deuxième demande de statut de réfugié puisque les femmes sont souvent absentes lors de la première audience, au cours de laquelle seul le témoignage du mari est entendu.

Cinquièmement, la loi canadienne devrait être analysée afin de s'assurer qu'elle ne favorise pas le racisme. Nous avons certaines réserves importantes à cet égard. Par exemple, les larges pouvoirs discrétionnaires accordés aux agents de l'immigration dans plusieurs domaines ouvrent la porte à des abus qui visent les minorités raciales. Il y a fréquemment des plaintes au sujet de préjugés ou de cas de racisme perçus de la part d'agents de l'immigration, mais il n'existe pas de mécanisme indépendant d'enquête sur ces plaintes.

Le sénateur Roche: J'ai une question pour Mme Kumin. Normalement, je ne demanderais pas à un organisme des Nations Unies ni à un organisme non canadien de donner une opinion sur la législation canadienne, mais puisque vous êtes ici, vous avez soit été convoquée, soit invitée à donner un témoignage et vous nous avez remis un mémoire. J'ai entendu vos observations préliminaires et je n'arrive tout simplement pas à savoir si le HCRNU appuie le projet de loi ou non. Vous avez attiré notre attention sur certaines lacunes et aussi sur certaines améliorations. Je ne vous demande pas un appui inconditionnel, mais j'aimerais savoir où se situe le HCRNU face à ce projet de loi. Vous sentez-vous à l'aise avec la teneur du projet de loi concernant le statut de réfugié?

Mme Kumin: Vous avez raison. Il n'appartient pas à un organisme des Nations Unies de porter un tel jugement sur un projet de loi, mais comme nous avons été associés au projet de loi, que nous avons été consultés par le ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration et que nous avons participé aux discussions sur le règlement, nous avons donc beaucoup échangé à ce sujet.

D'entrée de jeu, je dois dire que le processus canadien de reconnaissance du statut de réfugié est tenu en très haute estime à l'échelle internationale, et nous estimons que le projet de loi C-11 comporte certains aspects plutôt positifs qui viendront consolider tout le régime. Je peux en mentionner trois de façon précise.

L'article 3 du projet de loi pose très clairement les obligations du Canada en matière de statut de réfugié. C'est un aspect positif. Le projet de loi prévoit un appel fondé sur les mérites à la Commission de l'immigration et du statut de réfugié. Voilà un élément que nous réclamons depuis longtemps parce que nous estimons qu'un appel basé sur les mérites est essentiel dans un processus équitable, et nous y faisons bon accueil. Nous sommes heureux qu'il y ait une évaluation des risques avant le renvoi en guise de dernier recours, particulièrement pour des personnes à qui on a refusé une audience sur le statut de réfugié lors du

previously incorporated in law, in particular, the consolidation of decision making based on refugee conventions and on the convention against torture. It is correct that incorporation of the convention against torture is incomplete from the point of view of international law.

The first area of concern that we set out in our comments and in our letter to you is the issue of automatic bars or statutory bars to a refugee hearing. We are also concerned, as is the CCR, that the statutory bars may cast too wide a net. Of course, looking at these bars from the perspective of the current debate about terrorists having access to refugee procedures, it is not evident what we are talking about. However, when one looks at the day-to-day claimants who may be caught in the net of statutory bars, it could be a woman making a second claim after a first claim fifteen years ago, then accompanied by a husband who is now deceased. It could also be someone barred from the refugee process because of "membership" in an organization deemed objectionable, where in fact the person has not had any active role in that organization, but is associated with it because of ethnicity or origin.

For example, organizations like the Oromo Liberation Front — most Ethiopians of Oromo origin are members, but they should not necessarily be excluded. We are worried about the statutory bars. Any exclusion from refugee protection, or from the process, should be based on an individualized determination and not on association or mere membership.

We are also concerned about the extent of the safeguard for those people who are denied a refugee hearing. If this goes ahead as planned, and fairly broad categories of people may be denied access to a refugee hearing, the pre-removal risk assessment done by Citizenship and Immigration becomes all the more important. Anyone who did not have a refugee hearing up front with the Immigration and Refugee Board should be heard in person at the level of the pre-removal risk assessment. We expressed some other concerns about the risk of parallel procedures developing, one done in the pre-removal risk assessment by Citizenship and Immigration, and one by the Immigration and Refugee Board.

We also expressed concerns about rights that refugees are entitled to in the 1951 refugee convention that are not fully recognized in Bill C-11. Those are the rights set out in articles 36, 27 and 28. They stipulate that refugees will be entitled to administrative assistance from their new country of asylum — in this case, Canada — to identity documents and to travel documents. In Canada, those rights are made contingent on landing, not on recognition as a refugee. That has created a problem for a number of people who are commonly known as "refugees in limbo." They have been recognized as convention refugees by the board, not yet landed, and during the interim period, do not enjoy the convention rights to which they are entitled.

processus normal. Comme l'a dit Mme Dench, nous sommes heureux que le projet de loi incorpore certaines obligations internationales du Canada, qui ne font pas partie de la loi actuelle, particulièrement la consolidation du processus de prise de décisions basée sur la Convention sur les réfugiés et sur la Convention contre la torture. L'incorporation de la Convention contre la torture est incomplète du point de vue du droit international.

La première préoccupation abordée dans nos observations et dans la lettre que nous vous avons fait parvenir concerne les empêchements automatiques ou prévus par la loi à une audience sur le statut de réfugié. Tout comme le CCR, nous craignons que les empêchements prévus par la loi ne soient trop étendus. Bien sûr, quand on envisage cela du point de vue du débat entourant l'accès que les terroristes pourraient avoir aux procédures de statut de réfugié, il n'est pas facile de savoir de quoi nous parlons. Toutefois, quand on examine le cas des demandeurs qui peuvent être pris dans le filet des empêchements prévus par la loi, il pourrait s'agir d'une femme qui présente une deuxième demande à la suite d'une demande faite il y a 15 ans, alors qu'elle était accompagnée par un mari aujourd'hui décédé. Il pourrait aussi s'agir de quelqu'un qui a été exclu du processus à cause de son «appartenance» à une organisation jugée inadmissible alors que la personne n'avait aucun rôle actif au sein de cette organisation, mais qu'elle y était associée pour des raisons ethniques ou à cause de son origine.

Par exemple, des organisations comme le Front de Libération de l'Oromo — la plupart des Éthiopiens oromos d'origine en sont membres, mais ils ne devraient pas être nécessairement exclus pour autant. Les empêchements prévus par la loi nous préoccupent. Toute exclusion du processus d'une personne qui réclame le statut de réfugié devrait être basée sur un examen individuel et non sur une association ou une appartenance.

Nous nous préoccupons également de la portée des garanties offertes aux personnes à qui on refuse une audience. Si le projet de loi va de l'avant tel que prévu et que des catégories assez générales de personnes sont privées d'une audience, l'évaluation des risques avant le renvoi effectuée par Citoyenneté et Immigration prend davantage d'importance. Quiconque n'a pu être entendu par la Commission devrait pouvoir être entendu en personne lors de l'évaluation des risques avant le renvoi. Nous avons aussi exprimé des réserves au sujet du risque de développement de procédures parallèles, c'est-à-dire une évaluation des risques avant le renvoi effectuée par Citoyenneté et Immigration et une autre par la Commission de l'immigration et du statut de réfugié.

Nous avons aussi des réserves concernant les droits des personnes qui se réclament du statut de réfugié en vertu de la Convention sur les réfugiés de 1951, droits qui ne sont pas entièrement reconnus dans le projet de loi C-11. Ce sont les droits prévus aux articles 36, 27 et 28. Ces articles stipulent que les réfugiés ont droit à une aide administrative de leur nouvelle terre d'asile, en l'occurrence le Canada, afin d'obtenir des pièces d'identité et des documents de voyage. Au Canada, ces droits sont liés aux droits d'établissement et non à la reconnaissance du statut de réfugié. Cette situation a été source de problèmes pour certaines personnes que l'on appelle communément les «réfugiés en suspens». La Commission a reconnu que ces personnes avaient droit au statut de réfugié en vertu de la Convention sur

The bill does not offer any particular approach to the problem of stateless persons in Canada. Stateless persons who are not refugees are often very much in limbo here, with no particular status and no way to resolve their problems. We had hoped that Bill C-11 might make some concrete proposals for dealing with that category of people.

Those are some of our concerns and some of the benefits that we see in the bill, which is an indirect way of answering your questions.

Senator Roche: Numerically speaking, your list of concerns exceeded the list of positive things that you ascribed to the bill, but I am unable to discern from a qualitative point of view where your weight comes down. I am not expert enough to discern the fine-tuning that you have been bringing forward. I would like to press you a little and ask the following: Do your concerns, in your mind and in the mind of UNHCR, for whom you are speaking, outweigh the positive, or does the positive outweigh the concerns? I do not want to put words in your mouth; I would just like to know where your mind is on this bill.

Ms Kumin: The concerns do not outweigh the positives. UNHCR can certainly live with this bill, but I must remind you that we are only looking at the specific provisions of the bill that deal with refugees, whereas many others have drawn your attention to concerns that relate to immigrants in general.

Senator Roche: I was questioning you only as to how it affects refugees, and you have answered my question.

Senator Di Nino: I wish to address a question to Ms Kumin first. Could you give us your thoughts on the "third safe country" concept?

Ms Kumin: Yes, with pleasure. Actually, I was UNHCR's representative in Germany for four years when this concept was born on the European scene, so I am familiar with it. UNHCR has a well-established position on the issue. In the European context, where this has come up most often, we have said that states are entitled to conclude bilateral or multilateral agreements on the sharing of responsibility for determining asylum requests. Our interest is that a person who is in search of protection should be able to have his or her claim heard somewhere in a full and fair procedure — not necessarily in country A, B or C, but somewhere. Countries may conclude agreements on responsibility sharing under certain conditions. One condition is that the decision on the return of a refugee claimant — what we call an asylum seeker — to a safe third country should be an individual decision that is made case by case and not in a blanket manner. Second, there should be an assurance that the person will be admitted to the refugee determination procedure in the country to which he or she is returned to ensure that the person will have a full and fair hearing. Furthermore, that hearing must be in accordance with international law standards. The person

les réfugiés, mais elles n'ont pas obtenu l'autorisation de s'établir; pendant cette période d'attente, elles ne peuvent se prévaloir de leurs droits en vertu de la Convention.

Le projet de loi ne propose aucune approche particulière au problème des apatrides au Canada. Les apatrides qui ne sont pas des réfugiés sont bien souvent «en suspens» ici même, sans statut particulier et sans aucun moyen de régler leurs problèmes. Nous espérons que le projet de loi C-11 contienne des propositions concrètes pour traiter de cette catégorie de personnes.

Ce sont là certaines de nos préoccupations et aussi certains des avantages que nous semble présenter le projet de loi, ce qui est une façon indirecte de répondre à vos questions.

Le sénateur Roche: Concrètement, votre liste de préoccupations est plus longue que votre liste d'éléments positifs associés au projet de loi, mais je suis incapable, d'un point de vue qualitatif, de savoir où vous vous situez exactement. Je ne suis pas assez connaissant pour bien saisir ce que vous nous proposez. J'aimerais vous poser quelques questions plus précises: Selon vous et selon le HCRNU, au nom duquel vous nous parlez, vos préoccupations l'emportent-elles sur les éléments positifs ou au contraire les éléments positifs prédominent-ils? Je ne veux pas vous souffler de réponse. Je veux simplement savoir où vous vous situez par rapport à ce projet de loi.

Mme Kumin: Les préoccupations ne l'emportent pas sur les éléments positifs. Assurément, le HCRNU peut s'accommoder de ce projet de loi, mais je dois vous rappeler que nous n'examinons que les dispositions particulières du projet qui traitent du statut de réfugié tandis que plusieurs autres aspects qui ont retenu votre attention concernent les immigrants en général.

Le sénateur Roche: Je voulais simplement savoir en quoi cela affecte les réfugiés, et vous avez répondu à ma question.

Le sénateur Di Nino: J'aimerais d'abord poser une question à Mme Kumin. Pouvez-vous nous dire ce que vous pensez de la notion de «tiers pays sûr»?

Mme Kumin: Oui, j'y répondrai avec plaisir. De fait, j'ai été représentante du HCRNU en Allemagne durant quatre ans, à l'époque où cette notion est apparue sur la scène européenne. Je la connais donc assez bien. Le HCRNU a une position claire sur cette question. Dans le contexte européen, où cette question se pose le plus souvent, nous avons dit que les états avaient le droit de conclure des ententes bilatérales ou multilatérales concernant le partage de la responsabilité pour le traitement des demandes d'asile. Selon nous, toute personne qui recherche une forme de protection devrait pouvoir être entendue clairement et de manière équitable, pas nécessairement dans le pays A, B ou C, mais quelque part. Les pays peuvent conclure des accords sur le partage de responsabilités en vertu de certaines conditions. L'une d'elles est que la décision concernant le renvoi d'un demandeur de statut de réfugié — ce que nous appelons un demandeur d'asile — vers un tiers pays devrait être une décision individuelle, prise au cas par cas et non de manière générale. Deuxièmement, il devrait y avoir une assurance que la personne aura droit au processus de reconnaissance du statut de réfugié dans le pays où elle est renvoyée afin qu'elle puisse bénéficier

must be treated according to basic human rights standards during the procedure — that is, during the time when he or she is waiting for a decision — and must be able to have asylum in the full sense of the word; that is, all the rights set out in the 1951 refugee convention, if the person is found to be in need of protection. Safe third country agreements, as they are commonly known — I prefer the term “responsibility-sharing agreements” — are permissible. Many are concluded among states, but there are certain conditions that must be met.

Senator Di Nino: The concept assumes that the safe third country is a signatory to the 1951 convention, correct?

Ms Kumin: Yes, but that alone is not enough. There are many countries that have signed the 1951 convention but do not meet the conditions I set out. One must be careful not to assume that all countries are “safe third countries.” Many signatory countries do not have an established national asylum procedure to which a claimant can be referred.

Senator Di Nino: You are saying, in effect, that for that system to work, there would have to be a return to a safe third country that has not only signed the convention, but also puts its policies into practice.

Ms Kumin: That is correct. That is the position we have taken in the European context. The country must agree to take the claimant back and to allow that person access to a procedure that meets minimum standards. We wish to avoid a kind of chain reaction whereby you are removed, for example, from Germany to Poland, and from Poland to Ukraine, and from Ukraine to Belarus, and from Belarus to Russia, and so on, and then all of sudden, you are back in Afghanistan. It is essential that the country to which the person is being removed agree to give the claimant access to a full and fair hearing procedure. The objective of the system is to have the need for protection heard.

Senator Di Nino: When you have situations such as today in Afghanistan, and have had in other countries in the past, where hordes of people are being displaced and are being treated as refugees for obvious reasons, does the UNHCR, either on its own or in conjunction with other agencies, do any screening at all of those folks? To use the example before us now, obviously, it appears that action will be taken in Afghanistan. Some of the bin Laden folks might certainly try to sneak through as refugees. Is there any opportunity or any means of doing some screening at that time, by either your organization or by organizations that would assist you?

Ms Kumin: It is an extremely relevant question, and it is one that has been asked many times in recent years. It got the most attention at the time of the exodus from Rwanda, after the genocide, after a whole population of civilians was taken hostage in Eastern Zaire.

The concern about combatants or other undesirable people mixed in with civilian refugee populations is genuine. We obviously are not a police force. We are not armed. We do not

d’une audience pleine et juste. De plus, cette audience doit se tenir conformément aux normes juridiques internationales. La personne doit être traitée selon des normes fondamentales en matière de droit de la personne tout au long du processus — pendant qu’elle attend une décision — et elle doit bénéficier du droit d’asile au plein sens du mot, c’est-à-dire selon les droits prévus à la Convention sur les réfugiés de 1951, s’il s’agit d’une personne à protéger. Les accords concernant le tiers pays sûr, comme on les appelle — et je préfère plutôt l’appellation d’«accord de partage de responsabilités» — sont admissibles. Plusieurs sont conclus entre états, mais certaines conditions doivent être respectées.

Le sénateur Di Nino: Cette notion suppose que le tiers pays sûr est signataire de la Convention de 1951, est-ce exact?

Mme Kumin: Oui, mais cela ne suffit pas. Plusieurs des pays qui ont signé la Convention de 1951 ne respectent pas les conditions que j’ai énoncées. Il faut prendre garde de supposer que tous les pays sont des «tiers pays sûrs». Plusieurs pays signataires n’ont pas de procédure nationale concernant le droit d’asile applicable à un demandeur.

Le sénateur Di Nino: Pour que ce système donne des résultats, vous dites que la personne devrait être renvoyée vers un tiers pays sûr qui signé la Convention mais qui met aussi ses politiques en pratique.

Mme Kumin: C’est exact. C’est la position que nous avons prise dans le contexte européen. Le pays doit accepter de reprendre le demandeur de statut de réfugié et lui permettre d’accéder à une procédure qui répond à des normes minimales. Nous cherchons à éviter la réaction en chaîne qui fait en sorte que vous êtes renvoyés, par exemple, de l’Allemagne vers la Pologne, puis de la Pologne vers l’Ukraine, puis de l’Ukraine vers le Belarus, du Belarus vers la Russie, et ainsi de suite pour tout à coup vous retrouver au point de départ, c’est-à-dire en Afghanistan. Il est essentiel que le pays auquel la personne est renvoyée accepte d’accorder au demandeur une procédure d’audience pleine et juste. L’objectif du système est de protéger le besoin d’être entendu.

Le sénateur Di Nino: Le HCRNU procède-t-il à une forme quelconque de vérification judiciaire, soit de lui-même, soit en collaboration avec d’autres organismes, lorsque se posent des cas comme celui de l’Afghanistan, et celui d’autres pays par le passé, où des hordes de personnes sont déplacées et sont traitées comme des réfugiés pour des raisons évidentes? Pour reprendre l’exemple actuel, il semble que des mesures seront prises dans le cas de l’Afghanistan. Certains des partisans de ben Laden vont certainement chercher de se glisser parmi les réfugiés. Est-il possible de faire une forme de vérification judiciaire à ce moment, soit à l’initiative de votre organisation, soit par des organisations qui vous aident?

Mme Kumin: Voilà une question fort pertinente et qui a été soulevée à plusieurs reprises ces dernières années. Elle a surtout attiré l’attention lors de l’exode du Rwanda, après le génocide, après qu’une population de civils ait été prise en otage dans la partie est du Zaïre.

La crainte que des combattants ou d’autres personnes indésirables ne se mêlent aux populations de réfugiés civils est réelle. Manifestement, nous ne sommes pas une force policière,

have the capacity to do the kind of screening that you are talking about ourselves. We try to do it together with the host government.

Interestingly enough, about three or four weeks ago, we did start such a screening program in Pakistan, together with authorities there. Joint screening teams were operating in the camp where the new arrivals were being placed. That has been suspended for the time being, simply because of concerns for the security of our own staff. The situation in the border areas is vulnerable, and it is difficult for us to be putting people in that situation. We do count on the host governments to screen out at least armed elements, or combatants, and not to mix them with the refugee population. It is extremely difficult when you are talking about a population the size of the Afghan refugee population in Pakistan, which is close to 2 million people. There is no way a handful of civilian humanitarian workers can screen a population of 2 million people.

[Translation]

Senator Pépin: Ms Dench, you said that the act needed to be gender sensitive. In What would be the impact of the current act, which not gender sensitive? How should we go about making changes?

Ms Dench: The government is required to carry out comparative gender analyses. It is not supposed to pass legislation that would have a negative impact on women or even on men, where this might occur. Unfortunately, it is women who are most often victims of discrimination.

However, the current act can be criticized in several respects because of unequal treatment of the sexes. However, we wanted to comment on the bill. We analyzed the bill and attempted to see what differential impacts there might be for women. We drew attention to several such differences. We would like to know how the government would interpret these in order to avoid negative consequences for women.

Senator Pépin: Could you give us an example?

Ms Dench: The trafficking of women is an example that is becoming more and more common. There is a great deal of international discussion of this issue. Increasingly in Canada, there is concern for women, children or even men who are exploited by traffickers or people who use women, children or men as slaves. For women, prostitution may often be involved. In the bill, there are punitive measures for people who exploit others. For women, there is absolutely nothing.

Let us take a hypothetical example. Suppose that the police find a house in which women are used as slaves. They are prostitutes from abroad and have no legal status in Canada. The police can arrest the people running the house, but what will happen with these women? As they have no legal status in Canada, there is a high probability that they will end up in a detention centre for immigrants and that they will be deported under the Immigration Act. There is nothing to allow immigration officers to say that these women ought not to be

nous ne sommes pas armés et nous n'avons pas la capacité de faire le genre de vérification dont vous parlez. Nous cherchons à le faire en collaboration avec le gouvernement hôte.

Chose intéressante, il y a trois ou quatre semaines, nous avons amorcé un tel programme de vérification au Pakistan, en collaboration avec les autorités du pays. Des équipes mixtes de vérification des antécédents étaient en place dans les camps vers lesquels les nouveaux arrivants étaient dirigés. Cette mesure a été suspendue, en raison de préoccupations pour la sécurité de notre propre personnel. La situation dans les zones frontalières est dangereuse et il est difficile pour nous de soumettre notre personnel à ces conditions. Nous comptons sur les gouvernements hôtes pour éliminer au moins les éléments armés ou les combattants et pour éviter de les mêler à la population de réfugiés. Cela est très difficile quand vous parlez d'une population qui correspond au nombre de réfugiés afghans au Pakistan, c'est-à-dire près de deux millions de personnes. Il est impossible qu'une poignée de civils affectés aux secours humanitaires puissent vérifier une population de deux millions de personnes.

[Français]

Le sénateur Pépin: Madame Dench, vous nous avez dit que la loi devrait être sensible à la spécificité des sexes. Quel est l'impact de la loi actuelle qui ne l'est pas? Et si on effectue des changements en ce sens, comment devrait-on procéder?

Mme Dench: Le gouvernement a un engagement en faveur de l'analyse comparative entre les sexes. Il n'est pas censé adopter des lois qui auraient un impact négatif sur les femmes ou même sur les hommes, le cas échéant. Malheureusement, ce sont les femmes qui sont le plus souvent victimes de discrimination.

Toutefois, on peut critiquer la loi actuelle à plusieurs égards relativement au traitement inégal qui existe entre les sexes. Cependant, on voulait plutôt se prononcer au sujet du projet de loi. On a fait une analyse du projet de loi et essayé de voir quels seraient les impacts différentiels pour les femmes. On en a souligné plusieurs. On aimerait connaître l'interprétation qu'en fait le gouvernement afin d'éviter les impacts négatifs pour les femmes.

Le sénateur Pépin: Pourriez-vous nous donner un exemple?

Mme Dench: La question de la traite des femmes est un exemple qui est de plus en plus d'actualité. On en parle beaucoup sur le plan international. De plus en plus, au Canada, on se préoccupe des femmes, des enfants ou même des hommes qui sont exploités par des trafiquants ou par ceux qui utilisent ces personnes comme des esclaves. Dans le cas des femmes, cela peut souvent être de la prostitution. Dans le projet de loi, des mesures punitives existent contre les gens qui exploitent ces personnes. Pour les femmes, il n'y a strictement rien.

Prenons un exemple hypothétique. Des policiers trouvent une maison où des femmes sont utilisées comme esclaves. Ce sont des prostituées, elles viennent de l'étranger et elles n'ont aucun statut légal au Canada. Les policiers vont arrêter les gens responsables de cette maison, mais qu'arrive-t-il à ces femmes? N'ayant pas de statut légal au Canada, elles risquent fortement de se retrouver dans un centre de détention pour immigrants et elles risquent d'être déportées en vertu de la Loi sur l'immigration. Rien ne permet aux agents d'immigration de dire

treated as illegal immigrants, but as victims instead. They will end up at a detention centre and will be deported without any attention being given to their particular situation.

Senator Pépin: I understand you very well. This is certainly something that happens. These sorts of things have been around for a number of years in several of our large cities. Thank you for having drawn our attention to this point.

[English]

Senator Fairbairn: You outline in your papers your views on various clauses of the bill. You comment, as have a number of other witnesses, that the term "terrorism" currently remains undefined in the proposed legislation. We must remember that they are working on the regulations, although it will take longer than we would like for that to be completed. I am wondering whether you have words that would be helpful in suggesting a definition.

Ms Kumin: I do not have a form that I could share with you now. There have been various attempts in our jurisdictions to come up with a workable definition of the term "terrorism," and you might want to look at some of the wording used in other jurisdictions and some of the United Nations resolutions pertaining to the fight against terrorism. Although they do not offer a single definition, they do offer some ideas or elements that could be usefully included.

Senator Fairbairn: It would be helpful if you sent those our way, just in case the department might have overlooked something.

Ms Dench: We have been concerned about this lack of definition. Moreover, although you made reference to the regulations, our understanding is that the government does not intend to offer any definition. There has been an inability to reach an international consensus on a definition. It is a very politicized term. Although there are some incidents, such as the recent events in New York and Washington, where probably everyone can agree that "terrorism" is the word that comes to mind, there are many other situations of which we are aware, through the experience of our members, where it is not so easy to distinguish.

The way the law is formulated, both now and in Bill C-11, all current and past members of the African National Congress are inadmissible to Canada on security grounds. Nelson Mandela, happily, is now an honorary Canadian citizen, but otherwise, if he came to our door, we would say, "You are inadmissible on security grounds." In many parts of the world, other organizations like the ANC fall into this terrorism definition.

Senator Fairbairn: That is one of the reasons I asked the question. It was brought to our attention early in these hearings. It was only two days ago, although it seems like two weeks.

Mr. Rico-Martinez: We have problems with how the person is designated as a terrorist in the Canadian legislation. You are excluded first because you are a terrorist, and you do not have a

que ces femmes ne devrait pas être traitées comme des illégaux, ce sont des victimes. Elles se retrouveront au centre de détention et elles seront exilées sans qu'on ne porte attention à leur situation particulière.

Le sénateur Pépin: Je comprends très bien. Cette réalité existe. Elle a surtout existé il y a quelques années dans plusieurs de nos grandes villes. Je vous remercie d'avoir attiré notre attention sur ce point.

[Traduction]

Le sénateur Fairbairn: Votre mémoire présente votre point de vue sur divers articles du projet de loi. Vous notez, comme l'ont fait autres témoins, que le mot «terrorisme» n'est toujours pas défini dans le projet de loi. Il faut se rappeler que l'on élabore actuellement le règlement et qu'il faudra probablement plus longtemps pour le préparer que nous le souhaitons. Je me demande si vous avez des formulations qui pourraient nous aider à en arriver à une définition.

Mme Kumin: Je n'ai pas de formulation que je puisse partager avec vous pour le moment. Diverses tentatives ont été faites dans nos domaines de compétence pour en arriver à une définition utile du mot «terrorisme» et vous voudrez peut-être consulter les définitions utilisées dans d'autres juridictions et dans certaines résolutions des Nations Unies relativement à la lutte contre le terrorisme. Bien que ces textes n'offrent pas de définition unique, ils proposent des idées ou des éléments qui pourraient être utiles.

Le sénateur Fairbairn: Il serait utile que vous nous en fassiez part, au cas où le ministère aurait oublié quelque chose.

Mme Dench: Cette absence de définition nous préoccupe. De plus, bien que vous ayez fait référence aux règlements, nous sommes sous l'impression que le gouvernement n'entend pas proposer de définition. Il semble qu'il ait été impossible jusqu'à maintenant de s'entendre sur une définition internationale. Il s'agit d'une notion très politisée. Malgré certains incidents comme les événements récents à New York et à Washington, pour lesquels tous conviennent que les mots «attentats terroristes» viennent à l'esprit, il existe plusieurs autres situations dont nous ont parlé nos membres et pour lesquelles il n'est pas si facile d'établir une distinction claire.

Selon la loi actuelle et le projet de loi C-11, tous les membres actuels et passés du Congrès national d'Afrique ne sont pas admissibles au Canada pour des motifs de sécurité. Heureusement, M. Nelson Mandela est maintenant citoyen canadien honoraire sinon, nous serions obligés de lui dire, s'il se présentait à la frontière, «Vous n'êtes pas admissible pour des motifs de sécurité». Dans plusieurs autres parties du monde, des organisations comme celles du CNA sont assujetties à cette définition de terrorisme.

Le sénateur Fairbairn: C'est une des raisons pour lesquelles j'ai posé la question. Cet aspect a été porté à l'attention de notre comité dès le début de nos travaux, il y a à peine deux jours, bien que cela semble avoir été il y a deux semaines.

M. Rico-Martinez: La façon dont une personne peut être désignée comme terroriste dans la législation canadienne nous pose des problèmes. Premièrement, vous êtes exclus si vous êtes

chance to make your case. The person does not have a chance to mention humanitarian grounds, or any other possible ground.

When a person goes before an adjudicator, whether or not the individual is a terrorist is discussed, but that is a limited process. Is this person a victim of torture? Does this person show all the elements of persecution? Does this person qualify for protection in other ways? Those issues are not discussed. They are excluded before other issues can be examined.

My recommendation is that we must discuss how we approach that person to determine a need for protection, first. Then, during that general discussion, any other subject can be added, such as questions to gain information on possible terrorist activities. In that general discussion about the need for protection, it is possible to balance the information and develop the characteristics of the individual.

I will give you an example. Hypothetically, there is a 14- or 16-year-old child before you who was forced to commit various acts at the age of 11. How would you deal with such a situation? The child was only 11 years old when the activity took place, but is now in Canada at the age of 14 or 16. Is that person in need of protection? Are you going to automatically exclude that person from protection because he was named in a previous case?

Senator Fairbairn: The conundrum of the word was raised earlier. We are continually asked about definition, but your point was well taken. For a period of time, Canada was trying to honour Mr. Mandela. One person's freedom fighter for justice can be another person's terrorist, and that issue came up at the time. Happily, the issue was addressed. It does underline the difficulty and the sensitivity of the issue. We would be grateful if you would pass on any information or material that would be helpful to those committee members who are interested in looking at that particular aspect.

Ms Dench: One suggestion we have made in the past is to make reference to the CSIS Act, which does not use "terrorism," but is focused on security risk. You might find suitable language there.

Mr. Rico-Martinez: Also, it may be helpful to define the level of proof that is needed in order to take action against someone charged with terrorism. Under our current law, if a document states that the organization was involved in kidnapping, then that is enough for the adjudicator to find against the person. The individual is excluded from protection, even though any number of documents and letters from the Canadian government might state that the organization is connected with a revolution and that the person is a freedom fighter. One line in a document would be enough to discredit a person.

The other way to handle it would be to change the standards of evidence required to accuse someone of something.

un terroriste et vous n'avez aucune possibilité de présenter votre cas. La personne n'a aucune possibilité d'invoquer des motifs humanitaires ni quelquel'autre motif que ce soit.

Quand une personne se présente devant un arbitre, le fait que la personne puisse être un terroriste est abordé, mais il s'agit d'un processus limité. Cette personne est-elle victime de torture? Cette personne présente-t-elle tous les éléments de persécution? Cette personne est-elle admissible à la protection sous d'autres formes? Ces questions ne sont pas abordées. Elles sont exclues avant que d'autres questions puissent être abordées.

Je recommande de discuter de la façon d'approcher cette personne afin de déterminer si elle a besoin de protection, dans un premier temps. Puis, lors de la discussion générale, on pourrait ajouter toute autre question, par exemple on pourrait chercher à obtenir des informations sur des activités terroristes possibles. Lors de cette discussion générale sur la nécessité de la protection, il est possible d'équilibrer les renseignements disponibles et d'élaborer les caractéristiques de la personne.

Je vous donne un exemple. Hypothétiquement, vous avez devant vous un enfant de 14 ou 16 ans que l'on a obligé à commettre divers actes à l'âge de 11 ans. Comment aborderiez-vous une telle situation? L'enfant n'avait que 11 ans lorsque les activités ont eu lieu, mais il est maintenant au Canada et âgé de 14 ou 16 ans. Cette personne a-t-elle besoin de protection? Excluez-vous automatiquement cette personne de toute protection parce qu'elle a été nommée dans une affaire précédente?

Le sénateur Fairbairn: Le problème a été posé plus tôt. On nous demande constamment une définition, mais nous avons pris bonne note de votre point de vue. À une époque, le Canada cherchait à honorer M. Mandela. La lutte d'une personne pour la justice peut être perçue comme des actes de terrorisme chez une autre, et la question a été soulevée à l'époque. Heureusement, cette question a été abordée et elle souligne bien la difficulté et la sensibilité du problème. Nous vous serions gré de nous fournir tout renseignement ou tout document qui pourrait aider les membres de notre comité qui s'intéressent à cet aspect particulier.

Mme Dench: Nous avons déjà suggéré de faire référence à la Loi sur le Service canadien du renseignement de la sécurité qui n'emploie pas le mot «terrorisme», mais qui porte surtout sur les risques pour la sécurité. Vous pourriez y trouver des formulations intéressantes.

M. Rico-Martinez: De même, il pourrait être utile de définir le niveau de preuve requis avant de prendre des mesures à l'endroit d'une personne accusée de terrorisme. En vertu de la Loi actuelle, si un document précise que l'organisation a participé à des actes de kidnapping, cela est suffisant pour que l'arbitre rende une décision défavorable au demandeur. Cette personne est alors exclue de toute forme de protection, malgré le fait que certains documents et lettres du gouvernement canadien puissent déclarer que l'organisation est reliée à une révolution et que la personne est un combattant de la liberté. Une seule ligne d'un tel document serait suffisante pour jeter le discrédit sur une personne.

L'autre façon de procéder serait de modifier les normes relatives aux éléments probants nécessaires pour accuser quelqu'un de quelque chose.

The Deputy Chairman: I thank all witnesses on behalf of the committee.

The Chairman: Senators, we will continue our discussion of Bill C-11. We have with us three lawyers: Mr. David Davis, who is essentially representing himself; Mr. Paul Copeland, who is a member of the Canadian Council of Criminal Defence Lawyers; and Marshall Drukarsh, whose partner, Mr. Green, was here earlier, and who is a member of the Criminal Trial Lawyers' Association.

Can one of you tell me the difference between the Canadian Council of Criminal Defence Lawyers and the Criminal Lawyers' Association? I guess the members of the Criminal Lawyers' Association can work both sides of the street, prosecution and defence, and the others work only on defence. If not, you can explain that to me.

We also have with us, from the Getting Landed Project, Ms Hamdi Mohamed and Ms Louise Slobodian.

May I say to the lawyers, there are two issues that we have heard about quite exhaustively from lawyers and lawyer organizations, notably clause 64 and, not quite as frequently, the transition problem. We really are aware of the clause 64 problem. I will tell you what about the committee's questions and, if you wish, *ex cathedra* remarks from various senators about the transition provision. We all recognize that typically in Canada, everything is grandfathered. Once someone is in a process, if that process changes half-way through, the committee would regard it as unfair to force people to switch, though they may be offered the option. The committee is very sympathetic to that issue, at least in terms of understanding the clause 64 problem.

Let me raise one question. I am not trying to pre-empt your opening statements, but I do not want repetition. Can I ask whoever was going to speak on clause 64 to deal with one question: whether the clause 64 problem can be dealt with by regulation, or whether it requires a change in the bill.

I understand that to solve the problem, it would be preferable to change the act. That is not my question. The question is whether it is legally feasible to solve the clause 64 problem through regulation.

With that preamble, which I assume has undercut the testimony of the three of you, we will begin.

Mr. David H. Davis: My submission will be that much shorter then. I think that is what you were after.

Thank you very much for inviting me here. It is a pleasure to appear before you.

One important issue is the leave to appeal provision. I am not sure how much you have heard on that. I was going to talk about transitional problems, but I can just as easily talk about the leave.

Le vice-président: Je remercie tous les témoins au nom de notre comité.

Le président: Honorables sénateurs, nous poursuivons la discussion sur le projet de loi C-11 en compagnie de trois avocats: M. David Davis, qui témoigne à titre personnel; M. Paul Copeland, membre du Conseil canadien des avocats de la défense; et M. Marshall Drukarsh, dont l'associé, M. Green, était parmi nous un peu plus tôt, et qui est membre de la Criminal Trial Lawyers' Association.

Pouvez-vous me dire quelle différence il y a entre le Conseil canadien des avocats de la défense et la Criminal Lawyers' Association? Je suis porté à croire que les membres de la Criminal Lawyers' Association peuvent travailler dans les deux camps, c'est-à-dire la poursuite et la défense, tandis que les autres ne travaillent que du côté de la défense. Si ce n'est pas le cas, vous pouvez m'expliquer la différence.

Nous accueillons également Mme Hamdi Mohamed et Mme Louise Slobodian, du projet Getting Landed.

Je me permets de dire aux avocats que nous avons beaucoup entendu parler de deux questions abordées par les avocats et par les organisations d'avocats, notamment l'article 64 et, de manière moins fréquente, le problème de transition. Nous sommes très au courant du problème relatif à l'article 64. Je vous parlerai des questions abordées par le comité et, si vous le voulez, des observations *ex cathedra* faites par divers sénateurs concernant la disposition relative à la transition. Nous sommes tous conscients qu'il y a, au Canada, il y a un droit acquis pour toute chose. Si le processus dans lequel une personne s'engage est modifié à mi-parcours, le comité considérerait qu'il est injuste de forcer cette personne à modifier sa démarche, bien que l'on puisse lui offrir la possibilité de le faire. Le comité a prêté une oreille très sympathique à cette question, à tout le moins en ce qui a trait à la compréhension du problème soulevé par l'article 64.

Permettez-moi de poser une question. Je ne cherche pas à m'approprier de vos observations préliminaires, mais je ne veux pas qu'il y ait de répétition. Puis-je demander à la personne qui doit aborder l'article 64 de s'arrêter à une seule question: est-il possible de régler le problème de l'article 64 par voie de règlement, ou faut-il le faire en modifiant le projet de loi?

Je comprends bien que pour corriger le problème, il serait préférable de modifier la loi. Telle n'est pas ma question. Ma question de savoir s'il est possible, légalement, de corriger le problème de l'article 64 par voie de règlement.

Après ce préambule, qui a possiblement empiété sur vos témoignages, nous pouvons donc commencer la discussion.

M. David H. Davis: Ma présentation s'en trouvera raccourcie d'autant. Je crois bien que c'était là votre but.

C'est pour moi un plaisir que de témoigner devant votre comité.

La disposition concernant l'autorisation d'en appeler est importante. Je ne sais pas ce que vous avez entendu à ce sujet. J'allais parler des problèmes de transition, mais je puis tout aussi bien vous parler de l'autorisation.

Let us use Manila as an example. It is one of the busiest visa posts in the world. A visa officer at that post quite often makes decisions under tremendous time constraints. That individual is working on hundreds, if not thousands, of files a year. Decisions must be made very quickly, and sometimes, unfortunately, not with a lot of forethought. If there is no right of appeal to the Federal Court on those decisions, it is our fear that many legitimate cases that ought to be heard will not be, because of the onus to prove to a judge, on the balance of probabilities, that there is a serious enough issue to be heard in the Federal Court. That is very difficult to establish, not to mention the time constraints involved in filing documentation. You will not necessarily have all of the computer notes that the visa officer has inputted because of the time constraints involved. It often takes some three to six months to get materials like that from a visa post abroad, purely because of the bureaucratic process that must be followed.

You are arguing a case on a leave application where you are relying basically on what little memory your client has of the interview process. Our concern is that you are creating a situation whereby these decisions by visa officers will go pretty well unrestricted. The minister may argue that imposing the leave requirement still makes a judicial process available to applicants, and that this will also overcome financial constraints, because it takes resources to create a file to be sent to the Federal Court.

Our response to that is that leave applications will still be filed. Visa officers will have to make some type of report to their bosses. Therefore, it will not necessarily eliminate the financial constraints that the minister herself has identified.

I ask that you take note of that issue when deliberating on your report back to the Senate.

Another very important issue is the ability of permanent residents to travel freely. I am not sure how much you have heard about the permanent resident card. I believe my colleague, Mr. Trister, made mention of that when he was wearing his Canadian Chamber of Commerce hat.

The Chairman: Like all lawyers, he was very flexible.

Mr. Davis: The permanent resident card can be a useful tool. The problem is that if an individual becomes a landed immigrant and is issued this permanent resident card, a judicial process must take place before that status can be revoked. We ask the committee to seriously question why it is that when you apply for an extension to this permanent resident card, you have to go through a process to decide whether or not you really are a permanent resident still.

Unless there is some real meaning to that, there is no necessity for that process. If you are going to have it, allow the individual to apply from out of the country. The way it is worded now in the proposed legislation, you have to return to Canada to do it.

Prenons l'exemple de Manille, où se trouve l'un des bureaux de visa les plus occupés au monde. Un agent des visas en poste à cet endroit prend assez souvent des décisions alors qu'il est soumis à des contraintes de temps incroyables. Cette personne traite des centaines sinon des milliers de dossiers par année. Les décisions doivent être prises rapidement et parfois, malheureusement, sans que le responsable ait eu le temps d'y réfléchir très longuement. Si ses décisions ne peuvent faire l'objet d'un appel en Cour fédérale, nous craignons que plusieurs cas légitimes qui auraient dû être entendus ne le seront pas, parce que la personne doit prouver à un juge que selon toute probabilité la question est suffisamment grave pour être entendue. Cela est très difficile à établir sans parler des délais pour le dépôt des documents. Vous n'aurez pas nécessairement accès à toutes les notes informatiques que l'agent des visas a entrées dans le système à cause des délais. Il faut parfois de trois à six mois pour obtenir des renseignements d'un bureau des visas à l'étranger, uniquement parce qu'il faut respecter le processus bureaucratique.

Vous formulez des arguments en faveur d'une demande d'autorisation et vous vous basez essentiellement sur les maigres souvenirs que votre client peut avoir du processus d'interview. Nous craignons que dans les circonstances, les décisions prises par les agents des visas seront presque sans restrictions. La ministre peut soutenir que malgré l'imposition d'exigences concernant l'autorisation, le processus judiciaire demeure accessible aux demandeurs et que cela permettra de surmonter les contraintes financières, parce qu'il faut des ressources pour préparer un dossier à transmettre à la Cour fédérale.

Nous répondons que les demandes d'autorisation continueront d'être présentées. Les agents des visas devront rendre compte à leurs patrons. En conséquence, la procédure n'éliminera pas nécessairement les contraintes financières que la ministre elle-même a décelées.

Je vous prie de prendre note de cette question lorsque vous débattrez du rapport à remettre au Sénat.

La capacité des résidents permanents de voyager librement est une autre question très importante. Je ne sais pas ce que vous avez entendu dire au sujet de la carte de résident permanent. Je crois que mon collègue, M. Trister, y a fait allusion lorsqu'il a témoigné au nom de la Chambre de commerce du Canada.

Le président: Comme tous les avocats, il a fait preuve d'une très grande souplesse.

M. Davis: La carte de résident permanent peut être un outil très utile. Le problème est que si une personne obtient le statut d'immigrant reçu et qu'on lui délivre une carte de résident permanent, il faut un processus judiciaire avant que ce statut ne soit révoqué. Nous demandons au comité de s'interroger sérieusement sur les raisons qui font que l'on doive s'engager dans un processus pour déterminer si vous êtes toujours un résident permanent avant que vous ne puissiez demander une prolongation de cette carte.

A moins qu'il n'y ait une obligation réelle, je ne vois pas la nécessité d'un tel processus. Si vous devez le conserver, il faudra au moins permettre à la personne de présenter une demande pendant qu'elle est à l'extérieur du pays. Actuellement, la

Mr. Paul D. Copeland, Member, Canadian Council of Criminal Defence Lawyers: If I can answer your first question, in the brief that has been provided to you, there is a little background on the Canadian Council of Criminal Defence Lawyers on page 42, and there is an affidavit explaining what the Criminal Lawyers' Association is on page 43.

The Criminal Lawyers' Association was formed in 1971 in Ontario. It is an Ontario-only organization. At one point in my career, I was its vice-president for eight years. It currently has about 800 members.

The other is a national organization founded in 1992. It has about 2,000 members. The Criminal Lawyers' Association is part of that organization. Every member of the CLA is a member of the Canadian council.

On your second question, my view is that you cannot deal with clause 64 by regulation. I do not know what you are considering, but you cannot pass a regulation that is contrary to the provisions of the act. If you want an orderly, thoughtful process for dealing with a landed immigrant who has committed an offence and been sentenced to two years in jail, I believe the only possible one is through the Immigration Appeal Division of the Immigration and Refugee Board. I do not know what you are contemplating doing by regulation to try to get around that.

Perhaps I will make some comments on that at the end. I will try to be brief. I was here for Mr. Green's presentation. I am happy to say I have not been at the bar quite as long as he has. He gave you much of the background on this.

In our material, we have tried to provide some background information on how subclause 64(2) came to be in the bill. I also provided you with some background on how the danger opinions came about. Pre-1995, everyone ordered deported could go to the Immigration and Refugee Board and say, "Please let me stay." If you received two years in jail, you would not stand a great chance of success. I will talk about some of the statistics that I recently received from the Immigration and Refugee Board on that and some non-statistics I have from the minister's office.

In 1995 in Toronto, a young woman was shot at a restaurant called "Just Desserts." There was a huge outcry about that. Shortly afterwards, a police officer named Todd Baylis was killed, also in Toronto. I provided some of the background in that case on pages 23 to 32.

Of the four original Just Desserts defendants, three actually went to trial. Two were of Jamaican origin. O'Neil Grant was one of them. He had been ordered deported from Canada. He had been successful on the immigration appeal. He was on a stay of that deportation order at the time he was charged in the Just

formulation du projet de loi obligerait cette personne à revenir au Canada pour présenter la demande.

M. Paul D. Copeland, membre du Conseil canadien des avocats de la défense: Permettez-moi de répondre à votre première question. Le mémoire que nous avons présenté à votre comité donne un peu de contexte sur le Conseil canadien des avocats de la défense, à la page 42, et contient un affidavit qui explique ce qu'est la Criminal Lawyers' Association, à la page 43.

La Criminal Lawyers' Association a été formée en 1971, en Ontario. Il s'agit d'une organisation limitée à l'Ontario. J'en ai été le vice-président pendant huit ans à une certaine époque. Actuellement, l'organisation compte environ 800 membres.

Dans l'autre cas, il s'agit d'une organisation nationale fondée en 1992 qui compte environ 2 000 membres. La Criminal Lawyers' Association fait partie de cette organisation. Tout membre de la CLA est membre du Conseil canadien.

En ce qui a trait à votre deuxième question, j'estime qu'il n'est pas possible de corriger le problème de l'article 64 par voie de règlement. Je ne sais pas ce que vous envisagez, mais vous ne pouvez adopter de règlement qui soit contraire aux dispositions de la loi. Si vous souhaitez un processus ordonné et réfléchi pour traiter des immigrants reçus qui ont commis une infraction et qui ont été condamnés à une peine d'emprisonnement de deux ans, j'estime que la seule voie possible est de passer par la Section d'appel de l'Immigration de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié. Je ne sais pas ce que vous envisagez faire par voie de règlement pour contourner ce problème.

Je ferai peut-être quelques observations sur ce sujet à la fin de mon intervention. J'essaierai d'être bref. J'étais présent lors de l'intervention de M. Green et je suis heureux de dire que je ne suis pas membre du Barreau depuis aussi longtemps que lui. Il vous a donné une bonne partie du contexte à ce sujet.

Dans notre document, nous avons cherché à vous donner une toile de fond pour expliquer comment le paragraphe 64(2) a été ajouté au projet de loi. Je vous ai aussi fourni certains renseignements sur les opinions qui ont été formulées concernant l'avis de danger. Avant 1995, toute personne visée par une mesure de renvoi pouvait s'adresser à la Commission de l'immigration et du statut de réfugié en disant «S'il vous plaît, permettez-moi de rester». Si vous aviez écopé d'une peine de deux ans d'emprisonnement, vos chances de succès n'étaient pas très bonnes. Je vous mentionnerai certaines données statistiques que j'ai obtenues récemment de la Commission à ce sujet et aussi d'autres renseignements que j'ai reçus du Cabinet de la ministre.

En 1995, à Toronto, une jeune femme a été abattue dans le restaurant «Just Desserts». Cet événement a suscité l'indignation. Peu après, un policier nommé Todd Baylis a été abattu, lui aussi à Toronto. Je vous ai fourni des renseignements sur cet événement aux pages 23 à 32 du mémoire.

Sur les quatre personnes qui avaient été accusées à la suite de l'incident du Just Desserts, trois ont été citées à procès. Deux de ces personnes étaient d'origine jamaïcaine. M. O'Neil Grant était l'une de ces personnes. On a pris à son endroit une mesure de renvoi du Canada. Il en a appelé avec succès de la décision

Desserts case. His most serious offence at the time he was ordered deported was a break and enter.

O'Neil Grant was ultimately acquitted in the Just Desserts trial, but it was one of the bases for issuing the danger opinion.

The other defendant was Clinton Gayle. Clinton Gayle had been ordered deported from Canada: had filed an appeal: had argued the appeal: had lost the appeal. He was kept in custody for a short time after that. They could not get travel documents from Jamaica. An adjudicator let him out of custody. Basically, the deal with Clinton Gayle was, you get your own travel documents and we will ship you when you do.

Neither of the failures in that case, assuming O'Neil Grant was a failure at all, were attributable to the Immigration Appeal Division process. The failure, certainly in Clinton Gayle's case, came in the enforcement branch of Immigration. The board did its job properly. Gayle had lost his appeal. If there had been proper execution of the deportation order, Clinton Gayle would not have been in Canada.

If you look at the transcripts of the trial that I brought with me — one of my partners represented Clinton Gayle — you will see the arguments before the court. One of the reasons Clinton Gayle decided to shoot was because he knew that if Todd Baylis arrested him, he was going back to Jamaica. As a result of that outcry, the danger opinions were brought in, and they have proved to be a disaster. The courts have found that the government is being unfair in the way they have dealt with the danger opinions. Courts have been overturning them regularly and it has become confusing and time consuming.

There is a letter at page 38 of the material. I wrote to the minister on June 20 after I appeared before the parliamentary committee. The minister explained, in a comment in the *Toronto Star*, that the department wants subclause 64(2) because at present, the process to remove such people can take several years. I thought the minister was mistaken about that. I asked her for some statistics that would prove it one way or another. Between June 20 and this Monday, she had not answered my letter. I did get an answer on Monday that states she does not have any statistics. Page 38 is my letter, and the reply from the minister is in the loose material before you because it arrived after the brief was prepared.

The minister advised me to write to the Immigration and Refugee Board. Fortunately, I had done that quite a while before. This Monday I got two separate answers from the board, and there are some statistics attached to that material. One of the things I wanted to know was how many people are ordered departed from Canada after they have been sentenced to two years jail time. No one knows. They cannot give me that breakdown on a year-by-year basis. The board did provide me with the statistics on removal orders for persons who were detained at Kingston Penitentiary. That means they are serving a

auprès de la Commission. À l'époque où il a été accusé dans l'affaire du Just Desserts, il bénéficiait d'un sursis relativement à cette mesure d'expulsion. À l'époque où on avait ordonné son expulsion, son infraction la plus grave en avait été une d'introduction par infraction.

En bout de ligne, O'Neil Grant a été acquitté lors du procès dans l'affaire Just Desserts, mais ce fut l'une des raisons pour l'avis de danger émis.

L'autre accusé, Clinton Gayle, avait été frappé d'une mesure d'expulsion du Canada. Il a porté la décision en appel, il a contesté les motifs et il a perdu. Pendant une brève période, il a été gardé en détention parce que les autorités ne pouvaient obtenir de document de voyage de la Jamaïque. Un arbitre lui a permis de retrouver sa liberté. Essentiellement, l'entente avec Clinton Gayle était la suivante: vous vous procurez vos propres documents de voyage et nous vous expulserons quand vous les aurez.

Aucun des échecs dans ce dossier, en supposant que le cas de O'Neil Grant soit un échec, ne sont attribuables au processus de la Section d'appel de l'Immigration. Dans le cas de Clinton Gayle, la défaillance vient de la Direction générale de l'exécution de la Loi. La Commission a bien fait son travail. Gayle avait perdu son appel. Si la mesure d'expulsion avait été bien exécutée, Clinton Gayle n'aurait pas été au Canada.

En lisant les transcriptions du procès que j'ai apportées — un de mes associés a représenté Clinton Gayle — vous prendrez connaissance des arguments présentés au tribunal. Une des raisons pour lesquelles Clinton Gayle a décidé de tirer est qu'il savait que si Todd Baylis l'arrêtait, il serait renvoyé en Jamaïque. À la suite du tollé qui a suivi, l'avis de danger a été émis, ce qui s'est avéré un fiasco. Les tribunaux ont décrété que le gouvernement était injuste dans sa façon de traiter des avis de danger émis. D'ailleurs, les tribunaux annulent régulièrement ces avis, qui sont source de confusion et qui sont une perte de temps.

Vous trouverez, à la page 38 du document, la lettre que j'ai envoyée à la ministre le 20 juin après avoir témoigné devant le comité parlementaire. Dans un commentaire fait au *Toronto Star*, la ministre a expliqué que le ministère voulait inclure le paragraphe 64(2) parce qu'actuellement, l'exécution d'une mesure d'expulsion peut prendre plusieurs années. J'ai cru que la ministre faisait erreur. Je lui ai demandé certaines données statistiques à l'appui de cette prise de position. Lundi dernier, elle n'avait toujours pas répondu à ma lettre du 20 juin. Lundi, j'ai obtenu une réponse dans laquelle elle déclare qu'elle n'a pas de données statistiques. Ma lettre est présentée à la page 38, et la réponse de la ministre fait partie des documents en vrac que nous vous avons remis parce que nous l'avons reçue après la préparation du mémoire.

La ministre m'a conseillé d'écrire à la Commission de l'immigration et du statut de réfugié. Heureusement, je l'avais fait bien avant. Lundi dernier, j'ai obtenu deux réponses distinctes de la Commission, et j'ai annexé certains renseignements statistiques au document. Je voulais notamment savoir combien de personnes sont frappées d'une mesure d'expulsion du Canada après avoir été condamnées à une peine d'emprisonnement de deux ans. Personne ne le sait. Personne ne peut me fournir de détails sur une base annuelle. La Commission m'a remis des données statistiques sur les mesures d'expulsion

federal sentence. Of the 186 cases, 150 were dismissed. That is found in the material from the board.

The other item from the board that is of some significance to me is the reference to processing times, and this is in their second letter. They show processing time from the date the appeal is filed to the date the order is mailed. They also show the processing time from the date the record is received, which Immigration must provide to the board, to the date that the order is mailed. The statistics are not all that helpful, but if you look at the cases that were never stayed, in 2001, they were completed in 10.6 months from the date the appeal was filed, and 9 months from the date they actually receive the record.

Most of the appeals, particularly for those serving longer sentences, are dealt with while they are still in custody. It is not a problem of the people being at liberty, it is not a problem of the people disappearing in some way or other, and certainly the board could process those appeals in a timely fashion. Therefore, I do not think the minister is correct in saying that these are taking a long time. The danger opinions are taking a long time.

One of the danger opinions is discussed on the front page of the *National Post* today. It is interesting that the *National Post* put it on the front page and the *Globe and Mail* put it in the Toronto section, which might give you an idea of who is pushing what issues.

The only other thing I wanted to comment on is something that you probably heard from Immigration officials who have come before this committee. Instead of granting someone an immigration appeal if they have been sentenced to two years, they will have some bureaucrat consider the equities of the case prior to recommending that an inquiry be held. That strikes me as exactly the wrong way to go. You will end up back in the danger-opinion type situation, where everyone will be litigating the unfairness of that process. I believe you can let the people appeal to the Immigration Appeal Division and you can deal with it fairly rapidly. I think most of the people will lose that appeal, but I favour that process because it is fair. People get to make their pitch to an independent tribunal and to participate in a process; therefore, they feel they have been dealt with fairly.

Mr. Marshall Drukarsh, Member, Criminal Lawyers' Association: Thank you for allowing me to appear before you today on behalf of the Criminal Lawyers' Association, which we have now distinguished from the other association with which we did a joint brief. The Criminal Lawyers' Association is 30 years old next month and has over 800 criminal defence lawyers practising. I have been practising for 27 years, spending 70 to 75 per cent of my time on immigration work and

pour les personnes qui ont été détenues au pénitencier de Kingston. Cela signifie que ces personnes purgeaient une peine fédérale. Sur les 186 cas, 150 ont été rejetés. Cela se trouve dans les documents reçus de la Commission.

L'autre élément d'information qui revêt une certaine importance pour moi est la référence au temps de traitement. Cela est indiqué dans la deuxième lettre. On y indique le temps de traitement à compter de la date de dépôt de l'appel et jusqu'à la date de mise à la poste de la mesure. Les renseignements fournissent aussi le délai entre la date de réception du dossier, que le ministère de l'Immigration doit fournir à la Commission, et la date à laquelle l'ordre de la mesure est mis à la poste. Les données statistiques ne sont pas tellement utiles, mais si vous regardez les cas qui n'ont jamais été suspendus, vous verrez qu'en 2001, ils ont été réglés 10.6 mois après la date de dépôt de l'appel, et neuf mois après la date de réception du dossier.

Dans la plupart des cas, et plus particulièrement dans le cas des appels présentés par les détenus qui purgent des peines plus longues, les dossiers sont traités pendant que la personne est toujours en détention. Ce n'est pas un problème pour les personnes qui sont en liberté, ce n'est pas un problème pour les personnes qui disparaissent d'une manière ou d'une autre, je suis sûr que la Commission pourrait traiter ces appels de manière opportune. En conséquence, je ne crois pas que la ministre ait raison de dire qu'il faut beaucoup de temps pour régler ces dossiers.

La première page du *National Post* d'aujourd'hui fait état d'un avis de danger émis. Il est intéressant de constater que le *National Post* aborde la question en première page et que le *Globe and Mail* en traite dans la section de Toronto, ce qui peut vous donner une idée des intérêts à l'oeuvre dans les divers dossiers.

Le seul autre point à propos duquel je voulais faire une remarque a trait à une question que vous avez probablement entendu évoquer par les fonctionnaires de l'Immigration qui ont comparu devant le comité. Au lieu d'autoriser un individu à faire appel devant la Commission de l'immigration, s'il a été condamné à deux ans d'emprisonnement, un bureaucrate examinera l'équité de l'affaire avant de recommander la tenue d'une enquête. À mon avis, c'est tout le contraire de ce qu'il faudrait faire. Vous allez vous retrouver dans le genre de situation comparable à celle qui exige un avis de danger, et alors tout le monde invoquera l'injustice du processus. À mon avis, vous devriez laisser les gens s'adresser à la Section d'appel de l'immigration et vous pourriez traiter ces appels assez rapidement. Dans la plupart des cas, les appels seront sans doute rejetés, mais je suis partisan de ce processus car il est équitable. Il permet aux demandeurs de faire valoir leurs arguments devant un tribunal indépendant et de participer à un processus; ils auront donc le sentiment d'avoir été traités équitablement.

M. Marshall Drukarsh, membre, Criminal Lawyers' Association: Je vous remercie de m'avoir offert cette occasion de comparaître devant vous au nom de la Criminal Lawyers' Association, qui se démarque maintenant par rapport à l'association avec laquelle nous avons préparé un mémoire conjoint. La Criminal Lawyers' Association aura 30 ans le mois prochain et regroupe plus de 800 criminalistes pratiquants. Je pratique moi-même ma profession depuis 27 ans; je consacre de

25 per cent on criminal work. I have been the immigration law columnist in the Criminal Lawyers' Association newsletter for several years, and that is what brings me here.

I am proud and grateful that Canada has a chamber for sober second thought. We are here as a group because we truly believe that subclause 64(2) of Bill C-11 removes the requirement, and the opportunity, for even a sober first thought before the removal of any permanent resident who gets sentenced to 730 days or more.

Not only have you heard from many others on why subclause 64(2) is bad, you have said that you appreciate that. We do recognize that the 1992 Supreme Court decision in *Chiarelli* upheld the constitutionality of the statutory scheme, which was then extant, by which permanent residents can be deported for criminality. However, to answer a question that one of the senators put to my partner, Mendel Green, earlier today, I do not think that clause 64 in the current bill would withstand a constitutional challenge.

I say that because the key to *Chiarelli* was that there was an order to provide what the Constitution requires — fundamental justice and due process, or at least a process. This bill not only has no process, it cannot be remedied by regulation. I say that because obviously, many of the areas of the bill have a catch-all phrase at the end of the clause. This division has a catch-all phrase that says anything can be done by regulation.

Honourable senators will note that the specific provisions of clause 7 do not have that catch-all phrase. I most respectfully suggest that the bill will still bleed to death when it comes before the courts. The closest thing to a band-aid would be subclause 15(4), which indicates that an officer shall conduct an examination in accordance with instructions from the minister. Were there to be a regulation that required the minister to instruct officers to take into account the factors that are now taken into account by the Immigration Appeal Division, and which should be taken into account when danger opinions are being done, the factors most often recited are those in the case of *Ribic*. Those are, length of time in Canada, degree of support in Canada, hardship to the people who would be left behind, and several other significant factors. If officers were instructed to conduct their examinations in accordance with those factors when making their decisions, we would have something of a stop-gap, but it would not be enough.

I have a specific response to the senator who asked my senior associate about whether this could stand up. I brought with me a recent Federal Court of Canada decision. I would suggest, if you look at paragraph 10, you will see that the reason it has been accepted until now that danger opinions and things like that do not necessarily breach fundamental justice is because there was a

70 à 75 p. 100 de mon temps aux questions d'immigration et 25 p. 100 aux affaires criminelles. Depuis plusieurs années, je suis le rédacteur attitré de la colonne consacrée au droit de l'immigration dans le bulletin de la Criminal Lawyers' Association, et c'est la raison pour laquelle je me trouve ici.

Je suis à la fois fier et reconnaissant au Canada qu'il y ait une Chambre de second examen modéré et réfléchi. Nous représentons ici notre groupe car nous sommes absolument convaincus que le paragraphe 64(2) du projet de loi C-11 élimine l'obligation, et la possibilité, ne serait-ce que d'un premier examen objectif avant le renvoi d'un résident permanent lorsque celui-ci a été condamné à un emprisonnement de 730 jours ou plus.

Vous avez entendu de nombreux autres témoins vous dire pourquoi le paragraphe 64(2) est mauvais, et vous vous êtes même déclarés sensibles à leurs arguments. Nous reconnaissons volontiers que la décision de la Cour suprême dans *Chiarelli* a confirmé la constitutionnalité du texte de loi alors en vigueur, selon lequel les résidents permanents peuvent être déportés pour activités criminelles. Cependant, pour répondre à une question qu'un des sénateurs a posée plus tôt aujourd'hui à mon collègue, Mendel Green, je ne crois pas que l'article 64 du projet de loi actuel résisterait à une contestation de sa constitutionnalité.

Je dis cela parce que la clé de l'affaire *Chiarelli* est qu'il y avait ordre de fournir ce qu'exige la Constitution — la justice fondamentale et les procédures prévues, ou en tout cas une procédure. Non seulement le projet de loi ne prévoit pas de procédure, mais il ne peut pas être modifié par adoption d'un règlement. Je dis cela parce qu'il est manifeste que de nombreux articles du projet de loi se terminent par une formule fourre-tout. Cette section en comporte une qui dit que tout peut se faire par règlement.

Les honorables sénateurs constateront que les dispositions particulières de l'article 7 ne comportent pas cette formule fourre-tout. Je vous ferai observer très respectueusement que le projet de loi se fera littéralement massacrer devant les tribunaux. La seule parade, et encore est-elle bien fragile, serait le paragraphe 15(4), selon lequel l'agent est tenu de se conformer aux instructions du ministre sur l'exécution du contrôle. S'il y avait un règlement obligeant le ministre à donner pour instruction aux agents de tenir compte des facteurs qui sont maintenant pris en considération par la Section d'appel de l'immigration, et qui devraient effectivement l'être lorsque des avis de danger sont donnés, les facteurs les plus fréquemment mentionnés sont ceux qui sont invoqués dans l'affaire *Ribic*, à savoir, la durée du séjour au Canada, le soutien dont bénéficie l'individu, le préjudice causé aux personnes qu'il laisserait derrière et plusieurs autres facteurs importants. Si les agents ont pour instruction d'effectuer leurs examens conformément à ces facteurs lorsqu'ils prennent leurs décisions, nous aurions au moins une sorte de mesure bouche-trou, mais ce ne serait pas suffisant.

J'ai une réponse précise à donner au sénateur qui a demandé à mon associé principal si cet article pourrait résister à un examen. J'ai apporté une récente décision de la Cour fédérale du Canada. Si vous vous reportez à l'article 10, vous verrez que la raison pour laquelle on a reconnu jusqu'à présent que les avis de danger et autres mesures du même genre ne sont pas nécessairement

process for making submissions and some form of review. Now it does not exist.

Wearing the hat of a criminal lawyer, I will go a little further. I do not know, from the notes I have seen of the testimony you have heard here, the extent to which people have talked to you about the negative impact on the criminal justice system if subclause 64(2) is allowed to stand. The first thing I should point out is that it is already being referred to in the courts, by the people who read my column in the Criminal Lawyers' Association newsletter and know something about immigration, as the "dead time clause."

It is a dead-time clause because in situations of hopelessness where landed immigrants are in jeopardy of a two-year sentence, they will shut down the case. They will stay in jail, do enough dead time to drag everything out, and then when that dead time is accounted for as being worth double, they will try to avoid a federal sentence. They will try to avoid being sentenced to the penitentiary. Everyone is delayed.

The next thing people should recognize is that there will be, on the other side of the coin, more trials. There is nothing to lose. It will take longer, but there is nothing to lose if you are faced with the prospect of a conviction. Perhaps because of your family, your roots in the community, or because you have been here since you were a kid, you try to reform yourself, and if everyone treats you nicely, you go before an appeal board, or at least try to convince the minister that you are not a danger and should be allowed to stay. Then fine, you do the practical thing: You carry on with your criminal processes. If the only thing that you face is a sentence of 730 days, doing the mandatory portion, and being driven to the airport, you will have a trial. We will have to budget for more of that.

On the other hand, we will have more bad pleas. We will have people pleading guilty in order to avoid the jeopardy. We will have circumstances where cases that deserve to be fought, because it is in the interest of everyone that people should be punished only where society has a reason to punish them, will not be. It is not in society's interest when people find it convenient to make a plea and possibly avoid a federal sentence.

We will have pleas of convenience. People are being pressured left, right and centre. It will not happen often, but often enough to hurt our system.

There will be soft sentences from judges who do not want to destroy families. There will be harsh sentences from judges who want a double penalty. There will be control problems inside the penitentiary. There will be nothing to lose. You will drive me to the airport unless I stand trial for stabbing the guy next to me before my sentence is up. There will be family breakdowns in the community.

Thank you for the opportunity to appear on the joint brief that our association has presented and for listening to me as long as you did.

contraire à la justice fondamentale tient au fait qu'il existait une procédure pour la présentation d'arguments et une forme quelconque d'examen. Maintenant, il n'y en a plus.

En tant que criminaliste, j'irai un peu plus loin. D'après les notes que j'ai vues concernant les témoignages entendus ici, je ne sais pas jusqu'à quel point on vous a parlé de l'effet négatif qu'aurait le maintien du paragraphe 64(2) sur le système de justice pénal. Tout ce que je peux dire, c'est que les lecteurs de ma colonne dans le bulletin de la Criminal Lawyers' Association, qui connaissent bien les questions d'immigration, l'appellent déjà devant les tribunaux. «la clause de temps mort».

C'est le nom qu'on lui a donné parce que dans les situations inextricables où des immigrants reçus sont passibles d'un emprisonnement de deux ans, l'affaire s'arrête là. Ces individus resteront en prison, y passeront suffisamment de «temps mort» pour faire traîner les choses et lorsque ce temps mort sera compté double, ils essaieront d'éviter une peine fédérale. Ils essaieront d'éviter d'être condamnés à une peine de prison. Tout se trouve donc retardé.

Le second point à considérer est qu'en contrepartie, le nombre des procès augmentera. Il n'y a rien à perdre. Cela demandera plus de temps, mais il n'y a rien à perdre lorsqu'on risque une condamnation. Peut-être, à cause de votre situation familiale, de vos liens avec la collectivité ou du fait que vous étiez enfant lorsque vous êtes arrivé au Canada, essayerez-vous de vous corriger, et si tout le monde vous traite gentiment, vous comparaitrez devant une commission d'appel, ou du moins vous essayerez de convaincre le ministre que vous n'êtes pas dangereux et qu'on devrait vous autoriser à rester au Canada. Très bien, dans ce cas, choisissez la solution pratique: laissez le processus pénal se dérouler. Si tout ce que vous risquez est une peine de 730 jours, après la période d'incarcération obligatoire vous serez conduit à l'aéroport. Nous serons obligés de prévoir le budget nécessaire pour couvrir ces cas plus nombreux.

En revanche, nous aurons plus d'exceptions irrecevables. Il y aura des individus qui plaideront coupables pour éviter le pire. En certaines circonstances, des cas qui méritent d'être défendus, parce qu'il est dans l'intérêt de tous que les gens ne soient punis que lorsqu'il y a une raison de le faire, ne le seront pas. Il est contraire à l'intérêt de la société que les gens trouvent commode de plaider leur cause et d'éviter peut-être une peine fédérale.

Nous aurons des plaidoyers de commodité. Les gens subissent des pressions de tous les côtés. Cela n'arrivera pas souvent, mais ce sera suffisamment fréquent pour nuire à notre système.

Il y aura des juges qui, parce qu'ils ne veulent pas détruire des familles, imposeront des peines légères. Mais il y en aura qui imposeront au contraire des peines sévères parce qu'ils veulent une double sanction. Il y aura des problèmes de contrôle dans les pénitenciers. Ces individus n'auront rien à perdre. Ils seront simplement conduits à l'aéroport à moins de passer au tribunal pour avoir poignardé leur voisin avant l'expiration de leur peine. Des familles éclateront.

Merci de m'avoir permis de comparaître à l'occasion de la présentation du mémoire conjoint par notre association et d'avoir bien voulu m'écouter avec tant de patience.

Ms Louise Slobodian, Representative, The Getting Landed Project: Honourable senators, we are from a group called Citizens for Public Justice, representing a coalition called the Getting Landed Project. The coalition was formed a few years ago by over 85 groups concerned with refugees in limbo. We are speaking to refugee issues.

I am really hoping, during questions, that you will ask me to tell the story that I came to tell. However, I will jump ahead and answer a question that Senator Fairbairn asked of a previous panel about the definition of terrorism. Ms Mohamed will then speak about identity documents.

The story I was going to tell is one I know has been raised in this room, about two Kurdish men from Turkey. They are pro-Kurdish, as I think almost any Kurd would be in a country where a minority is repressed. They were accused of being members of the PKK organization, which is fairly described as a terrorist organization in some of its actions. They have both strenuously argued that they have never been members of such an organization, and the government has now recognized that in the case of one. In 1977, the two men made a complaint to CSIS. In 1988 and 1989, the Security Intelligence Review Committee, the civilian oversight committee of CSIS, held hearings into the complaint. The chair of the tribunal that heard the complaint was Bob Rae, the former premier of Ontario. His report came out on April 7, 2000. I do not have the full reports with me now, although I do have excerpts. I can get you the full reports, if that would be helpful.

Mr. Rae spoke about establishing guidelines. The complainants received expurgated reports. We do not have the full text. However, Mr. Rae exonerated the two men in all the accusations. He said that it came out that CSIS is currently using a wide-net definition, if a definition at all. That is why so many of us are arguing that some definition be established. This has been brought up repeatedly. The question has been raised of whether the definition needs to be in this bill. It does not need to be in the bill, but we do ask you to ensure it is somewhere and not left as a generality.

Mr. Rae said that CSIS did not present a single, unified, precise definition of terrorism and preferred to rely on "we know it when we see it" and the working relationships described previously, which is when he raised the case of Nelson Mandela.

Mr. Rae also said that the service's representatives must be expected to distinguish between varying degrees of support for the organization by the applicants, and that this should no longer be done in an ad hoc manner. He went on to say that if a sophisticated analysis is not provided to officials making assessments and a set of guidelines is not available, arbitrary decisions and errors will affect innocent people, as we believe has been the case this time.

Mme Louise Slobodian, représentante, Le Projet Getting Landed: Honorables sénateurs, nous appartenons à un groupe appelé Citizens for Public Justice: il représente une coalition qui s'appelle le Projet Getting Landed. Cette coalition a été formée il y a quelques années par plus de 85 groupes qui se préoccupent de la situation des réfugiés en période d'attente indéterminée. Nous nous occupons des problèmes des réfugiés.

J'espère sincèrement qu'au moment des questions, vous me demanderez de vous raconter l'histoire dont je voulais précisément vous parler. Je répondrai cependant tout d'abord à une question que le sénateur Fairbairn a posée à un groupe précédant au sujet de la définition du terrorisme. Mme Mohamed vous parlera ensuite des pièces d'identité.

L'histoire que j'allais raconter a, je le sais, déjà été évoquée ici. C'est celle de deux Kurdes venus de Turquie. Ils sont pro-Kurdes, comme le seraient, je crois, presque tous les Kurdes dans un pays où une minorité est opprimée. On les a accusés d'être membres du Parti des travailleurs kurdes, le PKK, dont les actes lui valent à juste titre le nom d'organisation terroriste. Ils ont tous deux vigoureusement nié avoir jamais été membres de cette organisation, ce que le gouvernement a maintenant reconnu dans le cas de l'un d'entre eux. En 1977, les deux hommes ont présenté une plainte au SCRS. En 1988 et 1989, le Comité de surveillance des activités du renseignement de sécurité, Comité civil de surveillance du SCRS, a tenu des audiences sur la plainte. Le président du tribunal qui a entendu cette plainte était Bob Rae, ancien premier ministre de l'Ontario. Il a présenté son rapport le 7 avril 2000. Je n'ai pas tous les documents devant moi, mais j'en ai des extraits. Je pourrai vous fournir le texte complet, si cela peut vous être utile.

M. Rae a parlé d'établir des lignes directrices. Les plaignants ont reçu des rapports expurgés. Nous n'avons pas le texte complet du rapport de M. Rae, mais celui-ci a exonéré les deux hommes de toutes les accusations portées contre eux. Il a dit qu'actuellement, le SCRS utilise, semble-t-il, une définition très lâche, si l'on peut appeler cela une définition. C'est la raison pour laquelle nous sommes si nombreux à réclamer qu'une vraie définition soit adoptée. C'est une question qui est constamment revenue sur le tapis. On s'est notamment demandé s'il fallait que la définition apparaisse dans ce projet de loi. Il n'est pas nécessaire qu'elle y figure, mais nous vous demandons de veiller à ce qu'elle apparaisse quelque part et que la formule trop générale actuelle ne soit pas conservée.

Lorsqu'il a évoqué le cas de Nelson Mandela, M. Rae dit que le SCRS n'a pas présenté une définition unique, unifiée et précise du terrorisme et a préféré s'en tenir au bon vieux «Quand on le rencontre, on ne risque pas de ne pas le reconnaître», et aux relations de travail déjà décrites.

M. Rae a également déclaré qu'on devrait pouvoir s'attendre à ce que les représentants du service sachent faire la différence entre l'appui plus ou moins fort que les demandeurs du statut de réfugié apportent au PKK, et que l'on ne devrait plus procéder de manière ponctuelle. Il a ajouté que les agents chargés des évaluations ne peuvent pas s'appuyer sur des analyses approfondies et que s'ils ne disposent pas d'un ensemble de lignes directrices, des innocents seront victimes de décisions arbitraires et d'erreurs, comme nous croyons que cela s'est produit dans ce cas particulier.

Mr. Rae says that membership in such a suspect organization would not come easily and would involve extensive training and discipline. He also said that membership would be limited to a small cadre of dedicated ideologues with a traditional Leninist mode of organization, intensified by military discipline.

Mr. Rae clearly said that we are not trying to get rid of outlandish opinions, and that people have a right to hold varying opinions about and sympathies for various causes. He goes into that extensively. His work might be very helpful language for you.

Ms Hamdi Mohamed, Representative, The Getting Landed Project: Honourable senators, we will only deal with specific aspects of the bill and not cover all of it. Ms Slobodian has discussed security. I will talk about the requirement for identity documents.

When refugees come here, the IRB asks them to identify themselves. They go through the process. For them to be accepted as landed immigrants, they must supply what are called "satisfactory identity documents." That can be extremely difficult for many reasons, one of which is there is no infrastructure in the country they come from. Sometimes governments have persecuted them or they do not wish to be associated with that government, so they have not been able to acquire the identity documents.

As a result, thousands of refugees are in legal limbo and cannot get any papers. Both the CCR and UNHCR panels mentioned that 80 per cent of people with identity document problems are women and children. We are quite concerned about that.

The Undocumented Convention Refugee in Canada Class, or UCRCC, was supposed to remedy this situation. That is outlined in the document we provided.

I will not go into detail, but basically, people are supposed to wait between three and five years. That was reduced to three years. After that time, they are supposed to provide identity documents. We have witnessed, and have had reports from CIC, that people still do not have access to identity documents after three or five years. Their countries are broken up, or they have no access whatsoever to their home country. That has been quite problematic for us.

Article 27 of the Geneva Convention on the Status of Refugees explicitly states that signatory parties should issue identity documents to refugees. Canada is a signatory of that convention.

As such, Canada is obliged to issue identity documents. Our recommendation is to address that issue. Clause 31 of the bill says permanent residents will receive identity documents, but it

M. Rae dit qu'il ne serait pas facile de devenir membre d'une organisation aussi suspecte et que pour y parvenir, il faudrait avoir suivi un entraînement et une formation disciplinaire poussés. Il a également dit que le groupe des membres serait limité à un petit cadre d'idéologues convaincus, organisé selon les méthodes léninistes traditionnelles renforcées par une véritable discipline militaire.

M. Rae a bien précisé que nous n'essayons pas de nous débarrasser d'idées saugrenues, et que les gens ont le droit d'avoir des opinions différentes sur des causes diverses et d'être plus ou moins sympathisants à leur égard. Il en parle abondamment dans son rapport, un document qui pourrait vous être très utile.

Mme Hamdi Mohamed, représentante, le Projet Getting Landed: Honorables sénateurs, nous ne traiterons que de certains aspects du projet de loi. Mme Slobodian a parlé de la sécurité. Je vous parlerai maintenant des exigences relatives aux pièces d'identité.

Lorsque des réfugiés arrivent ici, la CISR leur demande de fournir la preuve de leur identité. Il y a une procédure à suivre pour cela. Pour être acceptés comme immigrants reçus, ils doivent soumettre ce que l'on appelle des «pièces d'identité acceptables». Cela peut être extrêmement difficile pour de nombreuses raisons, par exemple le fait qu'il n'existe aucune infrastructure dans le pays d'où ils viennent. Ils ont parfois été persécutés par leur gouvernement ou ils ne veulent pas qu'on les associe avec ce gouvernement, si bien qu'il leur a été impossible d'obtenir des pièces d'identité.

De ce fait, des milliers de réfugiés se retrouvent dans une période d'attente indéterminée sur le plan juridique et il leur est impossible d'obtenir les documents nécessaires. Les groupes du CCR et du HCR des Nations Unies ont tous deux mentionné le fait que 80 p. 100 des personnes ayant des problèmes de pièces d'identité sont des femmes et des enfants. Cela nous préoccupe beaucoup.

La création de la catégorie des réfugiés au sens de la Convention se trouvant au Canada sans pièces d'identité, la CRCCSPI, était censée remédier à la situation. Nous en faisons état dans le document que nous vous avons remis.

Je ne veux pas entrer dans le détail, mais pour l'essentiel, les gens sont censés attendre entre trois et cinq ans. Cette attente a été ramenée à trois ans. Après cela, ils sont censés présenter des pièces d'identité. Des rapports de la CIC nous ont appris, et nous l'avons nous-mêmes constaté, qu'au bout de trois ou même cinq ans, certaines personnes n'ont toujours pas accès à des titres d'identité. Leurs pays ont été démembrés, ou il leur est tout simplement impossible d'avoir accès à leur pays d'origine. Cela nous a posé de sérieux problèmes.

L'article 27 de la Convention de Genève sur le statut de réfugié énonce clairement que les parties signataires devraient délivrer des titres d'identité aux réfugiés. Le Canada est signataire de cette convention.

Le Canada est donc tenu de délivrer ces documents. Nous recommandons que l'on s'efforce de régler cette question. Aux termes de l'article 31 du projet de loi, les résidents permanents

does not give the same rights to refugees. We are saying, extend that to refugees.

Just to illustrate the difficulties a person in limbo faces, we have a fictionalized story about a family that went through war. They come to Canada, they establish themselves through the IRB, and after a year or so they go for their landed immigrant status. They cannot get it because they cannot produce the satisfactory identity documents. That family is in limbo. Their children cannot get access to post secondary education. They cannot have access to loans. Basically, every aspect of their lives is affected negatively, and that is quite a concern. I have been working in the settlement sector for many years and have come across thousands of people whose lives are simply in limbo. The system is supposed to take care of them, and that is a burden on taxpayers. People's mental health has been affected. We do not deal with family reunification specifically, but other groups have done so. People who do not have identity documents cannot sponsor their family members, and the list of problems goes on. I am just going to leave it by saying that people's lives are in limbo, and this bill does not address that issue in particular. We encourage the senators to look at that in detail.

The Chairman: Thank you.

Senator LeBreton: Mr. Copeland, during Mr. Green's testimony, I was thinking about the potential effect of this on our courts in terms of the sentencing requirement — two years less a day, two years, provincial and federal. Has anyone thought this through? Courts are already under great pressure. There already seems to be a wide range of sentencing between jurisdictions. Will it force lawyers into bargaining with the prosecutors, judges and the court system and take away from what the trial should be about, which is determining the details of the case and whether person is innocent or guilty?

Mr. Copeland: Absolutely. The closest analogy I can give is this: Under the old Narcotic Control Act, the mandatory minimum sentence for importing drugs into Canada was seven years. The prosecution would often proceed on a charge of possession for the purposes of trafficking, which had no minimum sentence. They would threaten to go ahead with the importing prosecution unless the client pleaded guilty to possession for the purposes of trafficking and, usually, agreed to a sentence well above the appropriate range for the amount of drugs involved. It was a choice between going to trial and getting seven years minimum, or pleading guilty and getting three years in jail, when a proper sentence would have been 18 months. You will find the same effect here. The Crown will say, "If you want to go to trial, we will ask for three years. If you want to plead guilty, we will ask for 12 months." It will affect the bargaining process in a huge way and will give a power to Crown attorneys that I would describe as akin to extortion.

recevront des titres d'identité, mais les mêmes droits ne sont pas accordés aux réfugiés. Ce que nous demandons, c'est qu'ils le soient.

— Pour illustrer la situation dans laquelle se trouve une personne en période d'attente indéterminée, nous avons imaginé l'histoire d'une famille qui a vécu une guerre. Elle vient au Canada, s'y établit sous les auspices de la CISR, et au bout d'un an environ, elle réclame le statut d'immigrant reçu. Elle ne peut pas l'obtenir parce qu'elle n'est pas en mesure de produire les pièces d'identité acceptables. Cette famille se retrouve donc en période d'attente indéterminée. Les enfants ne peuvent pas faire d'études postsecondaires; les membres de la famille ne peuvent pas bénéficier de prêts. Essentiellement, la vie de ces membres, sous tous ses aspects, en souffre, et c'est là un sérieux sujet de préoccupation. Je travaille dans le secteur de l'établissement depuis de nombreuses années et j'ai rencontré des milliers de personnes dont la vie se trouve paralysée par cette période d'attente indéterminée. Notre système exige que nous nous occupions d'elles, ce qui est une charge pour les contribuables. La santé mentale de ces personnes a été affectée. Nous ne nous occupons pas spécifiquement de réunir des familles, mais d'autres groupes l'ont fait. Les personnes qui n'ont pas de pièces d'identité ne peuvent pas parrainer des membres de leur famille, et la liste des problèmes s'allonge. Je dirai simplement que ces gens-là vivent dans un état de suspens, et c'est là une question que le projet de loi ne règle pas. Nous encourageons les sénateurs à examiner attentivement le problème.

Le président: Merci.

Le sénateur LeBreton: Monsieur Copeland, pendant le témoignage de M. Green, je pensais à l'effet potentiel de cette situation sur nos tribunaux en ce qui concerne la détermination de la peine — deux ans moins un jour; deux ans, au plan provincial et fédéral. Quelqu'un a-t-il vraiment réfléchi à la question? Les tribunaux sont surchargés. Il semble déjà que les peines imposées varient considérablement d'un ressort à l'autre. Cela obligera-t-il les avocats à négocier avec les procureurs, les juges et l'ordre judiciaire, si bien que le procès sera détourné de ce qui devrait être son objectif, établir les détails de l'affaire et décider si une personne est innocente ou coupable?

M. Copeland: Absolument. Le meilleur exemple que je peux vous donner est le suivant: en vertu de l'ancienne Loi sur les stupéfiants, la peine minimum obligatoire pour importation de drogues au Canada était de sept ans. La Couronne portait souvent une accusation de possession de stupéfiants aux fins de trafic, qui n'était pas assujettie à une peine minimum. La Couronne menaçait donc d'intenter des poursuites pour importation de stupéfiants à moins que le client ne plaide coupable pour possession aux fins de trafic et habituellement n'accepte une peine nettement supérieure à ce que justifiait la quantité de produits illicites importés. Il s'agissait donc de faire un choix entre aller en justice et être condamné à sept années d'emprisonnement au minimum, ou plaider coupable et passer trois ans en prison, alors que la peine appropriée aurait été de 18 mois. Vous constaterez que les nouvelles dispositions auront le même effet. La Couronne dira «Si vous voulez aller en justice, nous réclamerons une peine d'emprisonnement de trois ans. Si vous voulez plaider coupable, nous ne demanderons que 12 mois». Cela aura donc une énorme influence sur le processus

Mr. Drukarsh: I note that when Joan Atkinson appeared before you, she tried to say, when speaking of serious crime, that they are not interested in the penny ante stuff. I would respectfully point to 98 offences in the Criminal Code that make one liable for a sentence of 10 years or more and where a two-year sentence is a possibility. Those offences include such heinous crimes as misusing computer information, and the standard, everyday possession, or theft, over \$5,000. Many of those are offences — for example, an impaired driving causing bodily harm — for which people in some parts of Canada are very likely to get the two years. There are all kinds of situations where this will come into play. It is not just a hypothetical situation. You are right to have concerns about plea bargaining, the delays and the other sentencing factors of which we spoke.

Senator LeBreton: Do you not then face the danger of having two systems of justice? If a client falls within the foreign national category and happens to be a longstanding resident of the country, has children here and a business, do you then have to take a special interest in the sentencing? You may say, "Well, in terms of sending signals to the community, I will let the Canadian citizen who has no chance of being deported get the higher sentence, while I have to work extra hard to get a lower sentence for this particular person with a long-term interest in staying in the country." Will it not cause problems in that regard?

Mr. Copeland: I would like to think I do not make that type of decision in representing my clients, but there will be a problem in representing the foreign national who is subject to that. I have done some appeals of this type, although there are not that many. I acted for an 18-year-old who had been involved in a bank robbery. It was his first offence. He was sent to jail for three years, which was a fairly reasonable sentence, but he had been here since he was about six years old. He had a right to appeal, won it and has not been involved in any criminal activity since. Mr. Drukarsh spoke of impaired driving causing bodily harm or death. That is a horrible offence for the community. However, the degree of moral turpitude involved is usually low — a fairly law-abiding citizen who happens to get drunk one night and gets involved in something that is a disaster both for him and whoever is injured or killed. You may be throwing someone out of the country who has been here for 20 years and has a business and a family here.

Senator LeBreton: I have an interest in the drunk driving issue, since I had a daughter and a grandson killed by a drunk driver who had many, many convictions. Although I must say I agree with you, I have learned from meetings of MADD that there is no uniformity of sentencing from one jurisdiction to another. Having said that, we would like to think some of these

de négociation et donnera aux procureurs de la Couronne un pouvoir qui, à mon avis, relève de l'extorsion.

M. Drukarsh: Je note que lorsque Joan Atkinson a comparu devant vous, elle a essayé de dire, lorsqu'elle parlait de crime grave, que les petites mises ne présentent pas d'intérêt. Je me permets de vous faire observer que le Code criminel fait état de 98 infractions passibles d'une peine de 10 ans ou plus et pour lesquelles une condamnation à deux ans d'emprisonnement est une possibilité. Cela comprend les crimes odieux tels que le mauvais usage de renseignements informatiques, et la possession courante ou le vol, de plus de 5 000 \$. Dans bien des cas il s'agit d'infractions — par exemple, la conduite avec facultés affaiblies causant des lésions corporelles — pour lesquelles, dans certaines parties du Canada, une peine d'emprisonnement de deux ans est fréquemment imposée. Voilà le genre de situation dans laquelle ces éléments joueront. Ce n'est pas simplement une situation hypothétique. Vous avez raison de vous inquiéter de la négociation de plaidoyer, des retards et des autres facteurs évoqués par vous qui entrent dans la détermination de la peine.

Le sénateur LeBreton: Ne risquez-vous pas alors de vous retrouver avec deux régimes juridiques? Si un client appartient à la catégorie des ressortissants étrangers tout en étant un résident de longue date de notre pays, s'il a des enfants et une entreprise au Canada, la détermination doit-elle alors présenter un intérêt particulier? Vous pouvez dire «Eh bien, pour la collectivité, cela signifiera que je laisserai imposer une peine plus sévère au citoyen canadien parce qu'il ne risque pas d'être déporté, alors que je serai obligé de faire plus d'efforts pour obtenir une peine moins sévère pour mon client dont l'intérêt à long terme est de demeurer dans notre pays.» Cela ne causera-t-il pas de problème?

M. Copeland: Je ne suis pas de ceux qui prennent ce genre de décision lorsqu'ils représentent un client, mais la représentation du ressortissant étranger assujéti à ces dispositions posera certainement un problème. Je me suis déjà occupé de quelques appels de ce type, encore qu'il n'y en ait pas beaucoup. J'ai représenté un jeune homme de 18 ans qui avait participé à un braquage de banque. C'était sa première infraction. Il a été condamné à une peine d'emprisonnement de trois ans, ce qui est assez raisonnable, mais il vivait au Canada depuis l'âge de six ans environ. Il s'est prévalu de son droit d'appel; il a obtenu gain de cause et n'a plus jamais eu aucune activité criminelle. M. Drukarsh a parlé de conduite avec facultés affaiblies causant des lésions corporelles ou la mort. C'est une terrible infraction pour la collectivité. Cependant, le degré de turpitude morale qui s'y attache est habituellement faible — il s'agit simplement d'un citoyen assez respectueux de la loi qui s'enivre un soir et se trouve impliqué dans une situation catastrophique à la fois pour lui-même et pour la où les personnes blessées ou tuées. Vous risquez ainsi de déporter quelqu'un qui est ici depuis 20 ans et qui a une entreprise et une famille dans notre pays.

Le sénateur LeBreton: La question de la conduite avec facultés affaiblies me touche personnellement car ma fille et mon petit-fils ont été tués par un conducteur en état d'ébriété, qui avait été déjà condamné à maintes reprises. Pourtant, je dois reconnaître que vous avez raison. Les réunions de MADD auxquelles j'ai assisté m'ont appris qu'il n'y a aucune uniformité

people can be rehabilitated and should not necessarily be deported because they happen to have this conviction.

I am not a lawyer, and I am trying to determine what clause 44 says on the question of loss of status and removal. The word "may" is used on many occasions. How does that relate to clause 64?

Mr. Drukarsh: Essentially, the situation works this way. Today, if an individual is convicted of an offence, it comes to the attention of an Immigration officer. The officer does a brief investigation and writes a report. The report goes to a manager, who, in the name of the deputy minister, indicates whether there will be an inquiry. The Immigration officer, under today's law, "shall" write a report. It is not permissive. My friends in the enforcement branch of Immigration make much of the fact that now it is "may" write the report. If the report goes to the deputy minister's delegate today, the delegate can decide that there will be an inquiry. Then the adjudicator at the inquiry has no options. He or she must make the removal order, and unless the minister's delegate has done some research, made some inquiries and has formed a specific opinion that that person is a danger, the person goes to the appeal division, where the deportation order may be upheld or there may be a stay of execution of the order. Although I have not seen it in 27 years of acting for people in these circumstances, the appeal may be allowed out of hand. I should not say I have not seen it. There was somebody who was totally reformed 14 years after finishing the sentence. The deportation order was just quashed.

The difference is that under the new system, that first officer who conducts the inquiry — "Are you such and such a person? Are you a landed immigrant, not a citizen? Were you convicted of the offence?" — will now have the discretion to decide, "I may or I may not do a report."

The major fallacy in this is that if the individual has been sentenced to 729 days or less, you can hold the inquiry safely, have an appeal at the appeal division, have them put on terms and conditions, give them a stay, and tell them that for three years, they should continue going to AA or continue with the psychiatric treatment or should this or that. Many people will then grow up. Many people, with that help, with that support in the community, with that extended probation, will straighten themselves out, to the benefit of themselves, their families and the community.

In the provisions of clause 64, it is all or nothing. With a 729-day sentence, I can be sent to the appeal division. With a 730-day sentence, they either follow clause 44 and decide to ignore the offence — they have told you about the number of cases they ignore — or you are totally out. They have taken out that social bridge that was working to help with reintegration

dans les peines imposées et qu'elles varient d'une instance à l'autre. Cela dit, nous serions heureux de pouvoir nous dire que la réinsertion sociale de certaines de ces personnes est possible et qu'il n'est pas toujours nécessaire de les déporter parce qu'elles ont subi une telle condamnation.

Je ne suis pas avocat, mais j'essaie de comprendre ce que l'article 44 dit de la procédure de perte de statut et de renvoi. Le mot «peut» est utilisé à de nombreuses reprises. Quel est le rapport avec l'article 64?

M. Drukarsh: En gros voici, comment cela fonctionne. Aujourd'hui, si un individu est condamné pour une infraction, la situation est portée à l'attention d'un agent d'immigration. Celui-ci effectue une brève enquête et rédige un rapport. Le rapport est transmis à un gestionnaire qui, au nom du sous-ministre, décide si une enquête s'impose ou non. L'agent d'immigration, en vertu de la loi actuelle, doit «établir un rapport». C'est une obligation. Mes amis à la Direction générale de l'exécution de la Loi sur l'immigration accordent beaucoup d'importance au fait que, maintenant, l'agent «peut» établir le rapport. Si le rapport parvient au délégué du sous-ministre, celui-ci peut décider qu'il y aura enquête. L'arbitre n'a donc plus d'options. Il doit prendre une mesure d'expulsion, et à moins que le délégué du ministre n'ait fait des recherches, une enquête, ou soit parvenu à la conclusion que l'individu constitue un danger, celui-ci va à la Section d'appel où l'ordonnance d'expulsion peut être maintenue ou au contraire, un sursis d'exécution peut être décrété. Je ne l'ai jamais vu au cours de 27 années de représentation de personnes placées dans ce genre de situation, mais il peut arriver que l'on fasse immédiatement droit à l'appel; je reviens sur ce que je viens de dire. J'ai connu une personne qui, 14 ans après avoir purgé sa peine, était totalement réformée. Dans son cas, l'ordonnance de renvoi a simplement été annulée.

La différence est qu'en vertu du nouveau système, le premier agent qui effectue l'enquête et pose les questions suivantes — «Êtes-vous bien telle ou telle personne. Êtes-vous un immigrant reçu, un citoyen? N'avez-vous jamais été condamné pour une infraction?» — sera maintenant libre de décider d'établir un rapport ou de ne pas le faire.

Le grand sophisme dans tout ceci est que si l'individu a été condamné à 729 jours d'emprisonnement ou moins, on peut faire une enquête sans problème, aller en appel devant la Section des appels, imposer certaines conditions à l'intéressé, lui accorder un sursis et lui dire que pendant quatre ans il devra continuer à fréquenter Alcoolistes Anonymes, poursuivre un traitement psychiatrique ou faire telle ou telle autre chose. Dans bien des cas, ces gens-là deviendront des adultes responsables. Avec cette aide, ce soutien de la collectivité, cette période de probation prolongée, beaucoup d'entre eux retrouveront le droit chemin et le résultat final sera positif pour eux-mêmes, pour leurs familles et pour la collectivité.

Dans les dispositions de l'article 64, c'est tout ou rien. Si une peine de 729 jours est imposée, on peut vous envoyer à la Section des appels mais si l'emprisonnement est de 730 jours, on observe les dispositions de l'article 44 et on décide de passer l'éponge sur l'infraction — on vous a parlé du nombre d'affaires qu'on laisse passer — ou alors, c'est le renvoi pur et simple.

into the communities. They have left you with an all-or-nothing situation.

Another very important factor here is that today, the decision-making process about whether to force people into an inquiry or not, whether to take enforcement action against them or not, is done on a practical basis. My partner would call it a "business case" basis. Will we win at the appeal board or not? Is the situation overwhelmingly one of compassionate, humanitarian considerations? Have they been here since infancy? Did they come from a country that no longer exists?

Senator LeBreton: Just to finish that off, what happens?

Mr. Drukarsh: Now they make a decision as to whether they are likely to win at the appeal. That is why they do not take a lot of cases through enforcement today. They are pointing to that as proof that it is safe to trust them with all or nothing in the future.

Senator Cordy: I asked this question of Mr. Green, and he deferred, I think, to Mr. Copeland.

Mr. Copeland: I thought he deferred to his partner.

Senator Cordy: Clause 167 says that a person appearing before the board must be represented by a barrister or solicitor, which sounds wonderful in theory. The reality is, though, that many refugee claimants do not have the money, are in the country and may be deported, and do not have access to legal aid. My understanding from Mr. Green is that in Ontario, you would in fact have access to legal aid. In Nova Scotia, which is my province, you would not. What would these refugee claimants do if the bill in fact says that they must be represented by a lawyer or solicitor?

Mr. Drukarsh: There are current situations where young offenders come before the courts and cannot get legal aid. A court orders that legal aid shall be granted to them. That is what happens in Ontario in the provincial court. If the legal aid system is not prepared to give a certificate to a young offender, saying, "Let dad support you because we think you still live at home," but dad will not, the courts can force it.

What will happen in this situation? I fear that we may find ourselves back in one of those awkward situations like when they last massively rewrote the Immigration Act. They introduced the concept of "refugee determination on the basis of credible hearings," and therefore, in order to try to meet their optimistically set time lines, the federal government was forced to fund special panels of legal aid counsel. There was a time during which legal aid schemes and plans in the provinces, where they existed, were directly funded by the federal government for immigration refugee determination processes. Special panels were created.

I do not think anyone wants to see that happen here. I think that a properly funded legal aid scheme throughout the country is a critical aspect of access to justice, and that is a whole other

Dans le nouveau projet de loi, on a donc éliminé la passerelle sociale qui facilitait la réintégration au sein de la collectivité. On vous a laissé le choix entre tout ou rien.

Autre facteur très important, le processus de décision concernant l'opportunité d'exiger une enquête, d'engager des poursuites, est fondé sur une base pratique. Mon associé dirait que cela se ramène à une d'«analyse de rentabilité». Obtiendrons-nous gain de cause devant la Commission d'appel ou non? La compassion et les raisons humanitaires prédominent-elles sur tout le reste? L'intéressé est-il arrivé au Canada tout petit? Est-il venu d'un pays qui n'existe plus?

Le sénateur LeBreton: Pour conclure, que se passe-t-il?

M. Drukarsh: Actuellement, on décide s'il y a des chances d'obtenir gain de cause en appel. C'est la raison pour laquelle on applique aujourd'hui la loi dans peu de cas. C'est l'argument qui est invoqué pour nous demander de faire entièrement confiance à la décision qui sera prise.

Le sénateur Cordy: J'ai posé cette question à M. Green et il l'a déferée, je crois, à M. Copeland.

M. Copeland: Je croyais qu'il l'avait déferée à son associé.

Le sénateur Cordy: L'article 167 dispose qu'une personne comparaissant devant la Commission doit être représentée par un avocat, ce qui est merveilleux en théorie. En réalité, cependant, de nombreux demandeurs du statut de réfugié n'ont pas l'argent nécessaire pour se faire représenter; ils se trouvent dans le pays et peuvent faire l'objet d'une mesure de renvoi, et ils n'ont pas accès à une aide juridique. J'ai cru comprendre, d'après ce que disait M. Green, qu'en Ontario, on a en fait accès à une telle aide. En Nouvelle-Écosse, qui est ma province, ce n'est pas le cas. Que feraient ces demandeurs du statut de réfugié si le projet de loi leur imposait effectivement l'obligation de se faire représenter par un avocat?

M. Drukarsh: Il arrive actuellement que de jeunes contrevenants comparaissent devant les tribunaux et ne peuvent pas obtenir d'aide juridique. Un tribunal ordonne qu'on leur accorde cette aide. C'est ce qui se passe en Ontario au tribunal provincial. Si le système d'aide juridique n'est pas prêt à accorder un certificat à un jeune contrevenant et lui dit, «c'est à ton père de t'aider parce que nous pensons que tu vis encore chez tes parents», et que le père s'y refuse, le tribunal peut le contraindre à aider son fils.

Que se passera-t-il dans le cas dont nous parlons? Je crains que nous ne nous retrouvions dans une de ces situations gênantes comme celles qui existaient à l'époque où on a complètement remanié la Loi sur l'immigration. On a adopté le concept de Reconnaissance du statut de réfugié basée sur des audiences crédibles, et pour essayer de respecter des échéanciers optimistes, le gouvernement fédéral a été contraint de financer des groupes spéciaux d'avocats de l'aide juridique. Il y a eu une époque où les systèmes et plans d'aide juridique dans les provinces où ils existaient, étaient directement financés par le gouvernement fédéral lorsqu'il s'agissait du processus de reconnaissance du statut de réfugié. Des groupes spéciaux ont été créés.

Je ne pense pas que quiconque veuille que cela se produise ici. À mon avis, un système d'aide juridique adéquatement financé dans tout le pays est un élément critique de l'accès à la justice et

series of speeches I can give, but it is one reason why this is unenforceable.

Senator Cordy: Bill C-11 says that it should be a barrister, solicitor or other counsel. It is I who am suggesting it would have to be a barrister or solicitor.

Mr. Drukarsh: Let me say that, unfortunately, the term "counsel" has covered people who have done a service, and too many people who have done a disservice, to their clients. You will force the refugee appeal division into, by its rules, trying to regulate the conduct of those who appear before them, to do their best to weed out the outright frauds and crooks, and to get involved in the task of determining who shall and shall not appear before them.

Senator Cordy: One of our other witnesses has discussed that.

Mr. Drukarsh: It would be an administrative nightmare and a quagmire.

Mr. Copeland: I will not answer the question today, but you can talk to me afterwards. I was vice-chair of the legal aid committee of the law society for six years. I am still a bencher of the law society. We are dealing with issues of funding of legal aid by the federal government for immigration purposes.

Mr. Davis: I am a past criminal lawyer, and now I work exclusively in immigration. In Manitoba, legal aid is made available to persons who are the subject of immigration proceedings.

The Chairman: In Nova Scotia, it is not.

Senator Cordy: Ms Mohamed, I would like some clarification. You talked about status documents not going to refugees. I did not catch it all.

Ms Mohamed: Identity documents not going to refugees, yes.

Senator Cordy: In the House of Commons, the standing committee made an amendment to Bill C-11, with the agreement of all parties, that clarifies that convention refugees and protected persons shall be issued status documents.

Ms Slobodian: Our concern is that a document offered at the early stages now will act as a potential security measure, and we are not necessarily against that, but it will not necessarily act as a travel document. It will not have the authority of the government behind it to allow people who are not yet landed to travel.

Senator Pépin: They will not get the right paper?

Senator Cordy: My understanding is that all parties in the committee on the other side, in the House of Commons, were very pleased that this was in fact being given to, not only protected persons but to convention refugees, and that it would

je pourrais vous faire toute une autre série de discours là-dessus: disons simplement que c'est une des raisons pour lesquelles la disposition actuelle est inapplicable.

Le sénateur Cordy: Le projet de loi C-11 dit qu'il faut que ce soit un avocat ou autre conseil. C'est moi qui dit ce que devrait être un avocat.

M. Drukarsh: Permettez-moi de dire que, malheureusement, le terme «avocat» a été appliqué à des personnes qui ont fourni un service à leurs clients et aussi à bien trop de personnes qui ont mal servi leurs clients. Vous obligerez la Section d'appel des réfugiés, du fait des règles auxquelles elle obéit, à essayer de réglementer la conduite de ceux qui comparaissent devant elle, de faire son possible pour éliminer les imposteurs et les escrocs et de participer au choix de ceux qui devront ou ne devront pas comparaître devant elle.

Le sénateur Cordy: Un de nos autres témoins en a déjà parlé.

M. Drukarsh: Ce serait un cauchemar administratif et cela créerait une situation inextricable.

M. Copeland: Je ne répondrai pas à la question aujourd'hui, mais vous pouvez m'en parler plus tard. J'ai été vice-président du Comité d'aide juridique du Barreau pendant six ans et j'en suis encore un des conseillers. Nous étudions les questions de financement de l'aide juridique par le gouvernement fédéral dans le domaine de l'immigration.

M. Davis: J'ai été criminaliste, et je travaille maintenant exclusivement dans le domaine de l'immigration. Au Manitoba, les personnes soumises au processus d'immigration peuvent bénéficier d'une aide juridique.

Le président: Ce n'est pas le cas en Nouvelle-Écosse.

Le sénateur Cordy: Mme Mohamed, je voudrais un éclaircissement. Vous avez dit que certains documents n'étaient pas remis aux réfugiés. Je n'ai pas tout saisi.

Mme Mohamed: En effet, les pièces d'identité.

Le sénateur Cordy: À la Chambre des communes, le comité permanent a apporté une modification au projet de loi C-11, avec l'assentiment de toutes les parties, qui précise que les réfugiés au sens de la Convention et les personnes protégées se verront délivrer des titres d'identité.

Mme Slobodian: Ce que nous craignons c'est qu'un document remis dès le début du processus ne constitue une mesure de sécurité potentielle, ce à quoi nous ne sommes pas nécessairement opposés, mais il ne constitue pas non plus nécessairement un document de voyage. Ce document ne permettra pas de voyager aux personnes qui n'ont pas encore obtenu le droit d'établissement car il n'est pas couvert par l'autorité du gouvernement.

Le sénateur Pépin: Ces personnes n'obtiendront pas le document nécessaire?

Le sénateur Cordy: D'après ce que je comprends, toutes les parties du comité, à la Chambre des communes, ont été très satisfaites de voir que ce document était en fait remis non seulement aux personnes protégées mais aussi aux réfugiés au

guarantee support for protected persons to obtain travel documents.

Ms Slobodian: Perhaps it is something of which we are not aware.

Senator Cordy: That was an amendment.

Senator Roche: Ms Slobodian, when you began your testimony this evening, you mentioned in your introduction that you are associated with Citizens for Public Justice?

Ms Slobodian: I am the communications coordinator, and Ms Mohamed is the refugee coordinator.

Senator Roche: For Citizens for Public Justice?

Ms Slobodian: That is right. We manage the Getting Landed Project. We are wearing several hats.

Senator Roche: The briefing notes I have state that you are here actually representing the Getting Landed Project. Is there any connection between Getting Landed and Citizens for Public Justice?

Ms Mohamed: Yes. Citizens for Public Justice manages the Getting Landed Project.

Senator Roche: Thank you.

Ms Slobodian: It is complicated, but we are the current staff people, so yes. We are not one and the same.

Senator Roche: Can it be said that your testimony here tonight on behalf of the Getting Landed Project is in fact a representation by Citizens for Public Justice? Does Citizens for Public Justice, which is a well-known organization, hold the positions that are espoused in your brief?

Ms Slobodian: Certainly, in that we are wearing two hats, and I am not backing away from what Ms Mohamed has said, but particularly because Citizens for Public Justice, separate from the Getting Landed Project, was a member of the coalition that you heard from yesterday and an active supporter of those two men accused of terrorism.

I prepared the media work when the CIRC reports came out. That was certainly part of our contribution, and the coalition is a founding member of the Getting Landed Project. Yes, Citizens for Public Justice stands behind this.

Senator Roche: If you are looking for the position of Citizens for Public Justice, you can find it in yesterday's brief from the Southern Ontario Sanctuary Coalition.

Ms Slobodian: I have some understanding of what was said, and certainly yes, we would end up with two levels of justice. Citizens for Public Justice is now deferring its refugee work to the Getting Landed Project.

sens de la Convention, et qu'il garantissait une aide aux personnes protégées pour qu'elles obtiennent des documents de voyage.

Mme Slobodian: S'agit-il de quelque chose dont nous ne sommes pas informés?

Le sénateur Cordy: Il s'agissait d'un amendement.

Le sénateur Roche: Madame Slobodian, au début de votre témoignage, ce soir, vous avez dit que vous êtes associée à Citizens for Public Justice, c'est bien cela?

Mme Slobodian: Je suis la coordinatrice des communications, et Mme Mohamed est la coordinatrice pour les réfugiés.

Le sénateur Roche: Pour Citizens for Public Justice?

Mme Slobodian: C'est exact. Nous gérons le projet Getting Landed Project. Nous portons plusieurs chapeaux.

Le sénateur Roche: D'après les notes d'information que j'ai, vous représentez en fait ici le projet Getting Landed. Y a-t-il un lien entre Getting Landed et Citizens for Public Justice?

Mme Mohamed: Oui. Citizens for Public Justice gère le projet Getting Landed.

Le sénateur Roche: Merci.

Mme Slobodian: C'est compliqué, nous constituons l'état-major actuel, mais nous avons deux fonctions qui ne se recoupent pas exactement.

Le sénateur Roche: Peut-on donc dire que votre témoignage, ce soir, au nom du projet Getting Landed représente en fait une intervention de Citizens for Public Justice? Est-ce que Citizens for Public Justice, qui est une organisation bien connue, partage les opinions exprimées dans votre mémoire?

Mme Slobodian: Certainement, en ce sens que nous portons deux chapeaux, et que je ne tiens absolument pas à me démarquer par rapport à ce qu'a dit Mme Mohamed, mais tout particulièrement parce que Citizens for Public Justice, séparément du projet Getting Landed, a été un des membres de la coalition que vous avez entendue hier et que notre organisation a apporté un soutien actif aux deux hommes accusés de terrorisme.

J'ai préparé les textes pour les médias lorsque les rapports du CIRC sont sortis. Cela faisait certainement partie de notre contribution, et la coalition est membre fondateur du projet Getting Landed. Oui, Citizens for Public Justice répond du contenu de ce mémoire.

Le sénateur Roche: Si vous cherchez à savoir quelle est la position de Citizens for Public Justice, vous la trouverez décrite dans le mémoire présenté hier par la Southern Ontario Sanctuary Coalition.

Mme Slobodian: J'ai une idée assez claire de ce qui a été dit; effectivement, nous nous retrouverions avec une justice à deux niveaux. Citizens for Public Justice laisse maintenant le soin au projet Getting Landed de poursuivre son travail en faveur des réfugiés.

The Chairman: I thank all of you for coming. To the three lawyers, one of my staff members is a lawyer, and we have a legal question about drafting a document that we would like you to look at. If you could take a look at a technical issue, we would appreciate it.

Our next and final witness tonight is Mayor Anne Mulvale of Oakville, Ontario. Ms Mulvale is here in her capacity as President of the Association of Municipalities of Ontario and as a member of the board of the Federation of Canadian Municipalities. Welcome, and thank you for coming.

Ms Ann Mulvale, Mayor, Town of Oakville, and President, Association of Municipalities of Ontario: Thank you for inviting us to participate and provide comment on Bill C-11.

This bill is important to not only Ontario communities, but to municipalities across Canada, which is why we have asked FCM to appear with us. Unfortunately, Mr. Jack Layton, President of FCM, could not join me. However, FCM is represented tonight by Mr. John Burrett, Acting Director, Social and Economic Policy; and Ms Pat Vanini, Director of Policy and Government Relations. We would like to provide you with our perspective on this proposed legislation and then we will answer your questions.

Who is FCM? The Federation of Canadian Municipalities is the national voice of municipal governments, and like our provincial associations, is dedicated to improving the quality of life in all communities by promoting strong, effective and accountable municipal government.

The Association of Municipalities of Ontario, AMO, is a member of FCM, and as president, I sit on the board of directors. AMO represents almost all of Ontario's 447 municipal governments and 98 per cent of its population. Together, we promote the value of municipal government as a vital and essential component of Canada's political system.

Mr. John Burrett, Acting Director, Social and Economic Policy, Canadian Federation of Municipalities: Before we address the bill and its relationship to municipal government, I wish to say that we understand the impetus for the legislative speed at which the bill is progressing. We will not comment on its relationship to national security because that is not our area of expertise.

Having said that, however, we do believe that our communities need to be protected from those who are not here for the good of the country or the good of local communities. All government officials need to work closer together to ensure the safety of Canadians. All three orders of government, and the respective law enforcement agencies, need to re-examine how they coordinate their efforts effectively. Bill C-11 has been drafted to reflect a number of principles that are valid and that

Le président: Je vous remercie tous d'être venus. Je précise à l'intention des trois avocats qu'un des membres de mon personnel est lui-même avocat; nous avons une question juridique à poser au sujet de la rédaction d'un document que nous voudrions que vous examiniez. Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir jeter un coup d'oeil à une question d'ordre technique.

Notre dernier témoin ce soir est Mme Anne Mulvale, maire de Oakville, en Ontario. Mme Mulvale est ici à titre de présidente de l'Association des municipalités de l'Ontario et de membre du conseil d'administration de la Fédération des municipalités canadiennes. Soyez la bienvenue et merci d'être venue.

Mme Ann Mulvale, maire de Oakville et présidente, Association des municipalités de l'Ontario: Merci de nous avoir invités à venir présenter ici des observations sur le projet de loi C-11.

Ce projet de loi est important non seulement pour les collectivités de l'Ontario mais aussi pour toutes les municipalités du Canada et c'est la raison pour laquelle nous avons demandé à la FMC de comparaître avec nous. Malheureusement, M. Jack Layton, président de la FMC n'a pas pu m'accompagner. La Fédération est cependant représentée ce soir par M. John Burrett, directeur intérimaire, Politique sociale et économique, et par Mme Pat Vanini, directrice de la Politique et des relations gouvernementales. Nous voudrions vous présenter notre point de vue sur ce projet de loi; après quoi nous serons prêts à répondre à vos questions.

Qu'est-ce que la FMC? La Fédération des municipalités canadiennes est l'organe national des administrations municipales, et comme nos associations provinciales, elle se consacre à l'amélioration de la qualité de vie dans toutes les collectivités en promouvant l'établissement d'administrations municipales fortes, efficaces et responsables.

L'Association des municipalités de l'Ontario, l'AMO, est membre du FMC. À titre de présidente, je siège à son conseil d'administration. L'AMO représente la presque totalité des 447 administrations municipales de l'Ontario et 98 p. 100 de sa population. Ensemble, nous nous faisons valoir l'importance de l'administration municipale en laquelle nous voyons un élément essentiel et indispensable du système politique du Canada.

M. John Burrett, directeur intérimaire, Politique sociale et économique, Fédération canadienne des municipalités: Avant de parler du projet de loi et de ses rapports avec l'administration municipale, je tiens à dire que nous comprenons que l'on veuille faire avancer rapidement l'examen de ce projet de loi. Nous ne ferons pas de commentaires sur les rapports avec la sécurité nationale car cela sort de notre domaine de compétence.

Cela dit, cependant, nous estimons que nos collectivités doivent être protégées contre ceux qui ne sont pas ici pour le bien du pays ou pour celui des collectivités locales. Tous les responsables gouvernementaux doivent collaborer plus étroitement afin d'assurer la sécurité des Canadiens. Les trois ordres de gouvernement et les organismes d'application de la loi respectifs se doivent de réexaminer la manière dont ils coordonnent leurs efforts. La rédaction du projet de loi C-11 est

we generally support. Several of the principles deserve special comments. This country and our communities have benefited from the diversity of people. To envision a Canada that continues to benefit from a multicultural approach is not a difficult vision to embrace. Respecting the multicultural character of Canada, now and in the future, is a priority.

We are particularly pleased that one of the principles of the bill is a commitment to work in cooperation with other orders of government to secure better recognition of the foreign credentials of permanent residents and their more rapid integration. Two points come to mind related to this principle.

First, we hope municipal government is considered as one of those orders referenced in this principle, because it is clear that municipal government is the government closest to the people, and the most accessible and logical place for services to support people, communities and their quality of life.

Why is this important? The 1996 census shows that 85 per cent of all immigrants live in Canada's 25 census metropolitan areas, with nearly three quarters living in three cities: Toronto, Vancouver and Montreal. In 1999, most immigrants continued to settle in these centres. Additionally, there are other cities that receive a high proportion of secondary migrants — immigrants, refugees and refugee claimants — migrating from initial destinations.

Second, we have a shortage across Canada of skilled workers in our health care system, in our schools, in the technology sector and in many other areas. If our cities are to compete globally, to sustain and expand our economic well-being, we need to develop multifaceted plans to deal with this shortage. We clearly support the principles of refugee protection, first, by saving lives and taking into account the best interests of children.

Having said that, however, we do need to look at how best to support the variety of forms of assistance that newcomers need. If we cannot deliver on those supports, whether it be housing, dental care, training or income assistance, then we are not doing justice to public policy or public service.

Ms Mulvale: I would like to state that newcomers to Ontario have played and will continue to play a significant role in the growth and prosperity of this province and Canada. Additionally, municipalities have welcomed and will continue to welcome newcomers and encourage their participation in all aspects of civil life, by removing barriers to services, information and employment for their benefit, and by responding to the special needs of their communities.

Municipal government is the order of government most accessible for program delivery. It makes the most sense to

inspirée par un certain nombre de principes valables que nous appuyons en général. Plusieurs de ces principes méritent qu'on s'y arrête. Notre pays et nos collectivités ont tiré profit de la diversité de leurs habitants. La vision d'un Canada continuant à tirer profit d'une approche multiculturelle n'est pas difficile à adopter. Le respect du caractère multiculturel du Canada, à l'avenir comme aujourd'hui, est une priorité.

Nous sommes particulièrement heureux de voir qu'un des principes du projet de loi repose sur l'engagement de collaborer avec les autres ordres de gouvernement afin que les titres étrangers des résidents permanents soient mieux reconnus et que l'intégration de ces résidents soit accélérée, ce qui me conduit à évoquer les deux points suivants:

Premièrement, nous espérons que l'administration municipale est considérée comme un des ordres de gouvernement auquel ce principe s'applique, car il est clair que l'administration municipale est celle qui est le plus proche de la population, et qu'elle constitue le lieu le plus logique et le plus accessible pour la population de services de soutien aux personnes, aux collectivités et à leur qualité de vie.

Pourquoi est-ce important? Le recensement de 1996 montre que 85 p. 100 des immigrants vivent dans les 25 régions métropolitaines de recensement du Canada, et près des trois quarts d'entre eux, dans trois grandes villes: Toronto, Vancouver et Montréal. En 1999, la plupart des immigrants ont continué à s'installer dans ces centres. Il y a d'ailleurs aussi d'autres villes qui accueillent un pourcentage élevé de migrants induits — immigrants, réfugiés et demandeurs du statut de réfugié — qui immigreront de leur point de destination initial.

Deuxièmement, dans tout le Canada il y a une pénurie de travailleurs qualifiés dans notre système de soins de santé, dans nos écoles, dans le secteur technologique et dans de nombreux autres domaines. Pour que nos villes soient capables d'affronter la concurrence mondiale, pour maintenir et accroître notre bien-être économique, il est indispensable que nous élaborions des plans polyvalents afin d'éliminer cette pénurie. Nous sommes fermement partisans des principes qui sous-tendent la protection des réfugiés, en premier lieu en sauvant des vies et en tenant compte de l'intérêt supérieur des enfants.

Cela dit, il faut cependant que nous étudions la meilleure façon d'appuyer les diverses formes d'aide indispensables aux nouveaux venus. Si nous en sommes incapables, qu'il s'agisse de logement, de soins dentaires, de formation ou d'aide au revenu, nous ne rendons pas justice à la politique officielle ou aux services publics.

Mme Mulvale: Je tiens à déclarer que les nouveaux venus en Ontario ont joué et continueront à jouer un rôle important dans la croissance et la prospérité de cette province et du Canada. En outre, les municipalités ont toujours accueilli les nouveaux venus et les ont encouragés à participer à tous les aspects de la société et elles continueront à le faire: pour cela, elles ont éliminé les obstacles aux services, à l'information et à l'emploi en leur faveur et ont répondu aux besoins spéciaux des groupes que forment ces nouveaux venus.

L'administration municipale est l'ordre de gouvernement qui se prête le mieux à la réalisation des programmes. C'est à ce

support immigrants and refugees at that level as they integrate into our communities.

While this placement of services makes the most sense, what is not as sensible is that a growing number of social and community health programs and costs are financed through the residential and industrial-commercial property tax base, particularly in Ontario.

Municipal government is the order of government at the bottom of the financial food chain. However, this should not and must not be used as the default funding mechanism for a federal or provincial policy program. There should not be a distinction or disconnect between the order of government that develops the policy and the one that pays to implement it.

Simply put, the financial component for the programs needed to support Canada's immigration policies should not be funded, in whole or in part, by the property tax base, but rather by the federal government. Why? The reason is that there is a flawed assumption that the property owner has the capacity to pay. In Ontario, property taxes are based on the market value of the property, not on personal or corporate income. Property taxes are paid with after-tax dollars. Those are more expensive dollars to the spender.

Property taxes were never meant to support social programs, but rather to support policing, fire services, and waste disposal. Federal tax dollars should be devoted to federal policies. We need to return to this basic premise and work with the federal government on a funding program for those social and community health programs that are needed to support immigrants and refugees.

Why is this of paramount importance to Ontario's municipalities? Let us look at some of the statistics — and I appreciate that all of you have the hard copies, so I will not read them.

In summary, today's immigrants are older on average and women make up the majority of immigrant seniors. Recent immigrants are less likely to speak either official language, as compared to immigrants who have lived in Canada for longer periods. Recent immigrants are somewhat less likely to be part of the paid workforce, as compared to their non-immigrant counterparts. Recent immigrants were more likely to be unemployed — 19 per cent as compared to earlier arriving counterparts at 9 per cent.

Ontario's share of immigrants is increasing faster than any of the other provinces. Ontario's cities are facing greater pressure because of the increased numbers of immigrants and the fact that recent immigrants are older, poorer, work less and speak French and English less frequently than previous immigrants. However, Ontario's \$864 per immigrant arrival does not compare well with other provinces — for example, Quebec's \$3,252 per immigrant arrival.

niveau qu'il est le plus logique de venir en aide aux immigrants et aux réfugiés au cours du processus de leur intégration dans nos collectivités.

Bien que la prestation de services à ce niveau soit la solution la plus logique, ce qui l'est moins c'est qu'un nombre croissant de programmes sociaux et de santé communautaire sont financés grâce à l'assiette de l'impôt foncier résidentiel, industriel et commercial, en particulier en Ontario.

L'administration municipale est l'ordre de gouvernement qui occupe l'échelon inférieur de la «chaîne financière». Cependant, il ne faut absolument pas que l'on utilise cela comme mécanisme de financement par défaut pour un programme fédéral ou provincial. Il ne devrait pas y avoir de distinction ou de solution de continuité entre l'ordre de gouvernement qui élabore la politique et celui qui paie pour la mettre en œuvre.

Autrement dit, la composante financière des programmes nécessaire pour appuyer la politique d'immigration du Canada ne devrait pas être financée, en tout ou en partie par l'assiette de l'impôt foncier; elle devrait l'être par le gouvernement fédéral. Pourquoi? Parce que l'on croit à tort que le propriétaire d'un bien est toujours capable de payer. En Ontario, les taxes foncières sont calculées en fonction de la valeur marchande du bien, et non du revenu de l'individu ou de l'entreprise. Les taxes foncières sont payées avec des dollars après impôt. Elles coûtent donc plus cher.

Les taxes foncières n'ont jamais été destinées à alimenter les programmes sociaux, mais bien plutôt à soutenir le maintien de l'ordre, les services d'incendie et d'évacuation des déchets. L'argent des recettes fiscales fédérales devrait être réservé aux politiques fédérales. Il faut à tout prix revenir à ce principe de base et travailler avec le gouvernement fédéral à l'établissement d'un programme de financement des programmes sociaux et de santé communautaire qui sont nécessaires pour aider les immigrants et les réfugiés.

Pourquoi cela revêt-il une importance cruciale pour les municipalités ontariennes? Examinons quelques-unes des statistiques — je sais que vous avez tous les documents devant vous et je ne les lirai donc pas.

En résumé, les immigrants d'aujourd'hui sont plus âgés en moyenne et les femmes forment la majorité des immigrants du troisième âge. En comparaison des immigrants qui vivent au Canada depuis déjà un certain temps, il est moins fréquent que les immigrants récents parlent l'une ou l'autre de nos deux langues officielles. Il y a un peu moins de chances qu'ils fassent partie de la population active rémunérée que leurs homologues non immigrants. Il est plus fréquent qu'ils soient sans emploi — le pourcentage est de 19 p. 100 par rapport aux 9 p. 100 des immigrants arrivés plus tôt au Canada.

Le nombre d'immigrants en Ontario augmente plus rapidement que dans toute autre province. Les villes ontariennes sont soumises à de plus fortes pressions à cause du nombre croissant des immigrants et du fait que les arrivés récents sont plus âgés, plus pauvres, travaillent moins et surtout parlent moins fréquemment français et anglais que les immigrants qui les ont précédés. Cependant, l'allocation de 864\$ pour chaque arrivée d'immigrant en Ontario soutient mal la comparaison avec l'effort des autres provinces — par exemple, les 3 252 \$ du Québec par arrivée d'immigrant.

Ontario needs its fair share of settlement funding. To show you the impact in London, every additional 1,000 social assistance cases means close to \$1.5 million in added costs. There are thousands of cases of immigrants receiving social assistance because of sponsorship breakdown and refugee claimants who need to be accommodated in emergency shelters. It is clear that Ontario municipalities are facing tremendously increased financial pressures to meet the social, economic and safety impacts of newcomers.

What is needed? — an understanding of the impact of immigrants and refugees on the local community and support for the local community's climate of welcome. We agree that newcomers bring social, cultural and economic benefit to our communities. They contribute to our social and ethno-racial diversity. They sustain a source of new and highly skilled human resources. They stimulate urban renewal. They strengthen the economy by embracing the country's global position. They open doors to new investment and new business.

With all these benefits come some challenges. One is that government, education, social, health, cultural and economic institutions have to adapt to the growing diversity in the population. Municipalities have developed and will continue to develop strategies to create a positive climate of welcome for newcomers. Municipalities have strengthened and will continue to strengthen respect among residents for diversity. The local community also has to respond to the health, educational and social service needs of refugees and immigrants who experience difficulties, especially during the initial period of settlement.

Integration into Canadian society means integration into a local community. The success of national immigration policies depends on programs and initiatives turning the potential benefits of immigration into tangible results. Many of the impacts occur at the local level. Municipalities and local service providers are more aware of how federal policies affect local communities. Our national immigration policies and funding should reflect this reality.

The federal government should support the funding of programs and initiatives for the successful integration of immigrants and refugees. Examples of programs and initiatives that will facilitate settlement include public awareness and education on the benefits of immigration, English as a second language training, access to schooling for newcomer children, equitable settlement services, affordable housing strategies, skills upgrades for foreign trades workers, and collaboration with provincial regulatory bodies and technical associations to accelerate the recognition and certification of foreign credentials.

L'Ontario a besoin de bénéficier d'une juste part de l'aide financière à l'établissement. À London, par exemple, pour chaque 1 000 cas d'assisté social supplémentaire, les coûts augmentent de près de 1,5 million de dollars. Il existe des milliers d'immigrants qui deviennent des assistés sociaux à cause d'une rupture de l'engagement de parrainage et des demandeurs du statut de réfugié qui doivent être logés dans des foyers d'accueil d'urgence. Il est clair que les municipalités ontariennes sont exposées à une très forte augmentation des pressions financières à cause des répercussions qu'a l'arrivée de ces nouveaux venus sur le plan social, économique et celui de la sécurité.

De quoi a-t-on besoin? — On a besoin de comprendre l'impact des immigrants et des réfugiés sur la collectivité locale et d'améliorer le climat d'accueil sur le plan local. Nous reconnaissons que nos collectivités tirent un avantage social, culturel et économique de la présence des nouveaux venus. Ils contribuent à notre diversité sociale et ethno-raciale. Ils représentent des ressources humaines nouvelles et hautement qualifiées, ressources dont nous avons besoin. Ils stimulent la rénovation urbaine. Ils renforcent l'économie en adoptant la position de notre pays sur le plan mondial. Ils ouvrent la porte à de nouveaux investissements et de nouvelles entreprises.

Tous ces avantages s'accompagnent de certaines difficultés. Tout d'abord, les institutions gouvernementales, éducatives, sociales, de santé, culturelles et économiques doivent s'adapter à la diversité croissante de la population. Les municipalités ont élaboré des stratégies destinées à créer un climat d'accueil propice aux nouveaux venus et elles continueront à le faire. Les municipalités ont accru le respect de leurs membres pour la diversité et continueront à le faire. Il faut cependant aussi que la collectivité locale réponde aux besoins, sur le plan de la santé, de l'éducation et des services sociaux, des réfugiés et des immigrants qui connaissent des difficultés, en particulier au cours de la période initiale d'établissement.

L'intégration dans la société canadienne commence par l'intégration dans une collectivité locale. Pour que les politiques d'immigration nationale réussissent, il faut que les programmes et les initiatives dans ce domaine transforment les avantages potentiels de l'immigration en résultats tangibles. Un grand nombre des effets se font sentir au niveau local. Les municipalités et les fournisseurs de services locaux connaissent mieux que quiconque l'impact des politiques fédérales sur les collectivités locales. Nos politiques d'immigration nationales et nos méthodes de financement dans ce domaine doivent refléter cette réalité.

Le gouvernement fédéral se doit d'appuyer le financement des programmes et des initiatives destinés à assurer l'intégration des immigrants et des réfugiés. Parmi les programmes et les initiatives qui faciliteront leur établissement, on peut citer l'éducation du public et sa sensibilisation aux aspects positifs de l'immigration, l'enseignement de l'anglais langue seconde, l'accès aux études scolaires pour les enfants des nouveaux venus, des services d'établissement équitables, des stratégies de logement à prix abordable, l'amélioration des compétences des gens de métier étrangers, la collaboration avec les organismes de réglementation et les associations techniques des provinces afin

We want to affirm the importance and value of this funding for immigrant and refugee programs and services. Bill C-11 should provide that the Government of Canada reimburse municipal governments for public health expenditures, social assistance, refugee hostel costs and social assistance provided to immigrants because of sponsorship breakdown.

Municipalities that are centres of secondary migration should also be reimbursed for the settlement costs of immigrants and refugees. Further, the Government of Canada should explicitly address and support federal-provincial agreements such as those relating to public health, social assistance and hostel costs for newcomers.

Our understanding is that refugee claimants are currently unable to access any of the federal government funding until they have been granted permanent resident status by the refugee determination process. That may now take, on average, 10 months. This puts pressure on municipalities and their community partners to address the financial needs of this group. This is not fair or reasonable.

It really is a matter of stopping the downloading. It will not serve federal policy on immigrants and refugees if municipal governments have to increase property taxes or cut other municipal services to finance the related increased costs. This is not how to support the federal immigration or refugee policy.

In conclusion, Thanksgiving is the thirty-second anniversary of my becoming an immigrant to this nation, and I am grateful.

Hon. Senators: Hear, hear!

Mr. Burrett: We must recognize the importance of coordination, collaboration and consultation between all orders of government. The municipal order of government understands that the federal government is responsible for immigrant and refugee policies, legislation, management of the refugee determination system, signing of international agreements and sharing some constitutional responsibilities with the provinces. However, it is in local communities that coordination and integration take place.

Many of the impacts of immigration policies occur at the local level. Municipal governments are most aware of how federal policy affects local communities. That is why the municipal order of government needs to be consulted and included in all policy and program development discussions.

It is our view that the Minister of Citizenship and Immigration should immediately establish a process to include the Federation

d'accélérer la reconnaissance et l'homologation des titres de compétence étrangers.

Nous voulons affirmer l'importance et la valeur de l'aide financière aux programmes et aux services destinés aux immigrants et réfugiés. Le projet de loi C-11 devrait prévoir le remboursement par le gouvernement du Canada des administrations municipales pour leurs dépenses en faveur de la santé publique, de l'aide sociale, des coûts des foyers d'accueil pour réfugiés et de l'aide sociale fournie aux immigrants en cas de la rupture de l'engagement de parrainage.

Les municipalités qui sont des centres de migration secondaire devraient également être remboursées des coûts d'établissement des immigrants et des réfugiés. En outre, le gouvernement du Canada devrait clairement prendre position en faveur des accords fédéraux-provinciaux tels que ceux qui ont trait à la santé publique, à l'aide sociale et aux coûts des foyers d'accueil pour les nouveaux venus.

À notre connaissance, il est actuellement impossible pour les demandeurs du statut de réfugié d'avoir accès à une aide financière fédérale sous quelque forme que ce soit tant qu'ils n'auront pas obtenu le statut de résident permanent à la suite du processus de reconnaissance du statut de réfugié. Actuellement, ce processus demande dix mois en moyenne. Cette situation oblige les municipalités et leurs partenaires communautaires à s'occuper des besoins financiers de ce groupe. Ce n'est ni juste ni raisonnable.

Il s'agit tout simplement de mettre fin à ce délestage des responsabilités. La politique fédérale à l'égard des immigrants et des réfugiés ne sera pas servie si les administrations municipales sont obligées d'augmenter les taxes foncières ou de réduire d'autres services municipaux afin de financer la hausse des coûts connexes. Ce n'est pas de cette manière que l'on soutiendra la politique fédérale concernant l'immigration et les réfugiés.

En conclusion, je dirai que l'Action de grâce marque le 32^e anniversaire du jour où je suis devenue immigrante dans cette nation, et j'en suis reconnaissante.

Des voix: Bravo, bravo!

M. Burrett: Il faut que nous reconnaissons l'importance de la coordination, de la collaboration et de la consultation entre tous les ordres de gouvernement. Les administrations municipales savent que le gouvernement fédéral est responsable des politiques et des lois concernant les immigrants et les réfugiés, de la gestion du système de reconnaissance du statut de réfugié, de la signature des accords internationaux et du partage de certaines responsabilités constitutionnelles avec les provinces. C'est cependant au niveau des collectivités locales que la coordination et l'intégration se font.

Bon nombre des effets de ces politiques d'immigration se font sentir au niveau local. Les administrations municipales savent mieux que quiconque quels sont les effets de la politique fédérale sur les collectivités locales. C'est la raison pour laquelle il est indispensable de consulter les administrations municipales et de les associer à toutes les discussions portant sur l'élaboration de politiques et de programmes.

Nous considérons que le ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration devrait établir immédiatement un mécanisme par

of Canadian Municipalities in the development of the regulations related to this bill.

Ms Mulvale: We believe that our brief has been very succinct in putting the case for the tremendous growth in pressures that have been experienced. If those pressures are not addressed, they will become problematic for the policies of the federal government.

The Chairman: You have quoted numbers with regard to Ontario receiving 864 and Quebec 3,252. How is that amount calculated? Is it a formula? I assume that money goes to the province and not to the municipality, in spite of the fact that the municipality is supplying the services?

Ms Mulvale: We believe your conclusion on the second point is correct.

With respect to the first point, the person who did that research is not here tonight. We will gladly get back to you to ensure we answer you factually.

The Chairman: In any event, it is clearly not a uniform amount.

Ms Mulvale: That is right.

The Chairman: Indeed, it varies, in the case you quoted, by a ratio of roughly four to one.

Ms Mulvale: Yes.

The Chairman: The town of Oakville does not see any of that money?

Ms Mulvale: Not to my knowledge, and Mayor Hazel has spoken very articulately about that several times.

The Chairman: Goodness knows, she is articulate.

Senator Fairbairn: I want to be sure that the money given per immigrant is federal money.

Ms Mulvale: That is our understanding.

Senator Fairbairn: That is federal money going to the province that you do not see.

Ms Mulvale: We do not believe we see any of it. Yet we believe we are the program deliverer.

Senator Fairbairn: The programs that you set out at page 7 of your brief, would you deem them to be programs that the federal government should be supporting? Or do you think they should be jointly supported by both the federal and provincial governments?

Ms Mulvale: With respect, I would suggest that when immigrants such as myself become productive, they pay income tax, federally and provincially. We are not at all arguing that money invested in helping people reach their potential is not well spent. It is a good investment. We are merely saying that it is inappropriately placed on residential, industrial and commercial property taxpayers because of people's inability to pay. It can be counter-productive to a community's acceptance of new Canadians.

lequel la Fédération des municipalités canadiennes serait associée à l'élaboration des règlements découlant de ce projet de loi.

Mme Mulvale: Nous croyons que notre mémoire a très clairement montré que les pressions que nous subissons ont considérablement augmenter. Si l'on ne fait rien pour les atténuer, l'application des politiques du gouvernement fédéral s'en trouvera compromise.

Le président: Vous avez dit que l'Ontario recevait 864 \$ et le Québec, 3 252 \$. Comment ce montant est-il calculé? Est-ce basé sur une formule? Je suppose que l'argent va à la province et non à la municipalité, en dépit du fait que c'est la municipalité qui fournit les services?

Mme Mulvale: Votre conclusion est correcte en ce qui concerne le second point.

Pour ce qui est du premier, comme la personne qui a effectué la recherche n'est pas ici ce soir, nous nous ferons un plaisir de vous fournir une réponse dès que nous aurons des données sûres.

Le président: Quoi qu'il en soit il ne s'agit manifestement pas d'un montant uniforme.

Mme Mulvale: C'est exact.

Le président: En fait, dans le cas cité par vous, il varie du simple au quadruple.

Mme Mulvale: Oui.

Le président: La ville de Oakville ne voit pas un sou de cet argent?

Mme Mulvale: Pas à ma connaissance, et Hazel a parlé avec beaucoup d'éloquence de cette situation à plusieurs reprises.

Le président: Je sais qu'elle est élocuente.

Le sénateur Fairbairn: Je veux être sûr que l'argent fourni pour chaque immigrant est de l'argent fédéral.

Mme Mulvale: C'est ce que je crois savoir.

Le sénateur Fairbairn: C'est l'argent fédéral versé à la province dont vous ne voyez pas la couleur.

Mme Mulvale: En effet; et pourtant, c'est nous qui exécutons le programme.

Le sénateur Fairbairn: Vous présentez la liste de ces programmes à la page 7 de votre mémoire. À votre avis, s'agit-il de programmes que le gouvernement fédéral devrait appuyer? Ou pensez-vous qu'ils devraient être appuyés à la fois par les gouvernements fédéral et provinciaux?

Mme Mulvale: Permettez-moi de vous dire que lorsque des immigrants tels que moi-même deviennent productifs, ils paient eux aussi l'impôt fédéral et provincial sur le revenu. Nous ne prétendons pas du tout que l'argent investi pour aider les gens à réaliser leur potentiel est dépensé à mauvais escient. C'est un bon investissement. Nous disons simplement qu'on en fait porter le poids aux contribuables qui paient, qu'il s'agisse de particuliers, d'industries ou d'entreprises commerciales, parce que certaines personnes sont incapables de payer. Cela peut inciter une collectivité à ne pas accepter les nouveaux Canadiens.

Senator Fairbairn: I am very conscious, in particular, of the list of necessities for newcomers such as second language training, schooling for kids and skills upgrading. I am sure that your community has people coming into literacy programs because they cannot access the skills upgrading.

Ms Mulvale: Exactly right. We know we need the increased workforce today. We know we need the infusion of human resources, energy and passion. We need to help release that as expeditiously as possible. Those programs are absolutely vital.

Senator Fairbairn: You are preaching to the converted.

The Chairman: Someone said that for a typical municipality, and I think they were talking about Ontario, something in the order of 50 per cent of the social service costs would be due to immigrants and refugees. Does anyone know for sure? My impression is that it is a staggering percentage relative to what one would expect.

Senator Di Nino: That is the case in certain communities.

The Chairman: Am I right on that?

Ms Mulvale: Ms Vanini may be able to put it in absolute terms.

Ms Pat Vanini, Director of Policy and Government Relations, Federation of Canadian Municipalities: The cost-sharing formula for social assistance with the province is such that municipalities will pay 20 per cent of the benefits, while the province pays 80 per cent. However, we cost share 50-50 on administration. As your caseload goes up, you have the added impact on the benefit, but you will also then have the added costs in administration, because there is a threshold as to how many cases a caseworker can handle.

The Chairman: Am I right that, for some municipalities, it is in the 40-50 per cent range? Are there municipalities like that?

Ms Vanini: The statistics in the report show that, in London, I believe, the number for every 1,000 added cases of social assistance is at 1.6. In Toronto, with the largest numbers, it is fairly significant as well, but that is the breakdown on the 80-20 and then the 50-50.

The Chairman: Whereas in a town the size of Oakville, partly because of the economic climate, the situation would be different?

Ms Vanini: It would be different from some of the larger urban centres, but you can see how my community neighbourhoods have developed in the waves of nationalities of the new Canadians.

Senator Di Nino: Your Worship, we invited you to attend to get your thoughts on the record, because I am not sure that the commentary that has been heard on this bill refers to the municipal level when it mentions other levels of government. It

Le sénateur Fairbairn: Je connais très bien la liste des besoins de première nécessité des nouveaux venus; je pense en particulier à l'apprentissage d'une langue seconde, aux études scolaires pour leurs enfants et au perfectionnement de leurs compétences. Je suis sûr que dans votre collectivité, il y a des gens qui suivent des programmes d'alphabétisation parce qu'ils n'ont pas accès à des cours de perfectionnement.

Mme Mulvale: C'est tout à fait juste. Nous savons que nous avons aujourd'hui besoin d'accroître notre population active. Nous savons que nous avons besoin d'une infusion de ressources humaines, d'énergie et d'enthousiasme. Il est indispensable que nous aidions à faciliter cet apport extérieur, et cela le plus tôt possible. Ces programmes ont une importance absolument vitale.

Le sénateur Fairbairn: Vous prêchez à une convertie.

Le président: Quelqu'un a dit que pour une municipalité ordinaire — je crois qu'il s'agissait de l'Ontario — 50 p. 100 environ des coûts des services sociaux seraient attribuables aux immigrants et aux réfugiés. Quelqu'un sait-il si c'est exact? J'ai l'impression que c'est un pourcentage ahurissant par rapport ce à quoi on s'attendrait.

Le sénateur Di Nino: C'est le cas dans certaines collectivités.

Le président: Je ne me trompe donc pas?

Mme Mulvale: Mme Vanini pourra peut-être nous donner des chiffres précis.

Mme Pat Vanini, directrice de la Politique des relations gouvernementales, Fédération des municipalités canadiennes: La formule de partage des coûts d'assistance sociale avec la province est calculée de telle façon que les municipalités paient 20 p. 100 des prestations, et la province, 80 p. 100. Cependant, les frais d'administration sont partagés moitié-moitié. Au fur et à mesure que le nombre des assistés augmente, l'effet sur les prestations croît, et à cela s'ajoutent les coûts supplémentaires d'administration, car il y a une limite au nombre de cas que le praticien de l'aide sociale peut traiter.

Le président: Est-il vrai que pour certaines municipalités, le rapport est de 40 à 50 p. 100? Y a-t-il des municipalités qui se trouvent dans cette situation?

Mme Vanini: Les statistiques contenues dans le rapport montrent qu'à London, je crois, pour chaque 1 000 assistés sociaux supplémentaires le facteur est de 1.6. À Toronto, où les chiffres sont les plus élevés, il est assez important également, mais c'est ainsi que se présentent les choses, pour les deux formules.

Le président: Alors que dans une ville de la taille de Oakville, en partie à cause du climat économique, la situation serait différente?

Mme Vanini: Elle serait différente de celle de certains grands centres urbains, mais vous pouvez voir comment les quartiers de ma collectivité ont évolué avec les vagues de nouveaux Canadiens de nationalités diverses.

Le sénateur Di Nino: Madame, nous vous avons invités à participer à cette audience pour que vos avis puissent être notés, car je ne suis pas certain que les commentaires que nous avons entendus sur ce projet de loi incluent les autorités municipales

is good to have you here. Keep on pushing it and we will help you.

On the issue of quantification, you presented the number 864 for Ontario versus the Quebec number. Is that an annual number or a one-time amount?

Ms Mulvale: I believe it is a one-time number.

Senator Morin: That is the way it should be, mind you.

Ms Mulvale: Sure.

Senator Di Nino: You do not run a municipality, I guess.

Senator Morin: If it is 3,000 for Quebec and 800 for Ontario, that is the way it should be.

Senator Di Nino: We have more money than Quebec. You and I will continue this dialogue separately from our guests.

Your Worship, is there anyway to quantify the number we are talking about? Do you know?

Ms Mulvale: That is why we have respectfully asked to be at the table and recognized as an order of government. There is only one taxpayer, and one voter who elects at all three levels. If we are to create the best synergy and outcomes for ourselves as a nation, we need to come to grips with that. We can be a source of information because we are delivering services right where the rubber hits the road.

We are delighted that you have extended this courtesy to us today. We are really giving you material that shows we can be part of the solution here. We can get better, more efficient solutions, if we work together and recognize the needs and the cost flow-through. We are all part of building this nation.

Senator Di Nino: Can you provide us, if you do not have it today, with material on the magnitude, the scope, of this problem? I am thinking of the comments of someone who was mentioned by the Chair — my friend, Hazel McCallion. Actually, Hazel McCallion is everyone's friend. She is quite a lady. She has often spoken about this. Her comments indicate that the numbers are astronomical. We are talking about tens of millions of dollars annually.

Ms Mulvale: The costs fluctuate. If the country is in an economic slowdown or in a recession — I hate to use that "R" word — the costs have more immediate impact because there are fewer opportunities for refugee claimants and new Canadians, once cleared, to quickly merge into society. We could give you some historical perspective. I suggest you would want to look at the historical perspective over time to get an adequate snapshot, rather than just the status today, which is a different economic climate than the recession of the early 1990s.

Senator Di Nino: That would be very useful. Your Worship.

Would it also be correct to assume that some municipalities, such as Mississauga, would be asked to contribute a great deal more? Would the burden on them be much greater than, for the

avec les autres ordres de gouvernement. Il est donc bon de vous entendre. Poursuivez vos efforts et nous vous aiderons.

Vous avez tout à l'heure utilisé le chiffre 864 pour l'Ontario et l'avez comparé avec celui du Québec. S'agit-il d'un chiffre annuel ou fixe?

Mme Mulvale: Je crois que c'est un chiffre fixe.

Le sénateur Morin: Mais c'est bien ce qu'il devrait être.

Mme Mulvale: Certainement.

Le sénateur Di Nino: Je vois que vous n'êtes pas à la tête d'une municipalité.

Le sénateur Morin: Si c'est 3 000 pour le Québec et 800 pour l'Ontario, c'est très bien ainsi.

Le sénateur Di Nino: Nous avons plus d'argent que le Québec. Vous et moi poursuivrons ce dialogue en l'absence de nos invités.

Madame, y a-t-il une façon quelconque de préciser le chiffre dont nous parlons? Le savez-vous?

Mme Mulvale: C'est la raison pour laquelle nous avons respectueusement demandé de comparaître et d'être reconnus comme un ordre de gouvernement. Aux trois niveaux, il n'y a qu'un seul et même contribuable et électeur. Si nous voulons créer la meilleure synergie et les meilleures incidences possibles pour notre nation, il faut que nous acceptions cette réalité. Au niveau municipal, nous pouvons être une source d'information utile car les services sont directement fournis par nous.

Nous sommes ravis que vous ayez bien voulu nous inviter aujourd'hui. Nous vous fournissons des données qui montrent que nous pouvons contribuer à l'atteinte d'une solution. Nous parviendrons à de meilleures solutions si nous travaillons de concert et si nous reconnaissons les besoins et le transfert des coûts. Nous contribuons tous à édifier notre nation.

Le sénateur Di Nino: Pourriez-vous nous fournir, si vous ne les avez pas en main aujourd'hui, des documents sur l'ampleur, la portée du problème? Je pense aux commentaires d'une personne qui a été mentionnée par le président — mon amie Hazel McCallion. En fait, Hazel est l'amie de tout le monde. C'est une femme remarquable. Elle a souvent parlé de cette question. D'après ce qu'elle nous a dit, les chiffres sont astronomiques. Il s'agirait de dizaine de millions de dollars par an.

Mme Mulvale: Les coûts fluctuent. Si le pays connaît une baisse de régime ou une récession — j'ai horreur de ce mot en R — les coûts ont des répercussions plus immédiates par ceux qui demandent le statut de réfugié et pour les nouveaux Canadiens, une fois leur situation réglée, il y a moins de possibilités de s'intégrer rapidement à la société. Nous pourrions vous donner un aperçu historique de la situation. Je pense qu'il serait en effet bon que vous l'examiniez afin d'avoir une idée plus exacte de la situation que si vous vous en tenez à celle d'aujourd'hui, où le climat économique est différent de celui de la récession du début des années 90.

Le sénateur Di Nino: Cela nous serait très utile, madame.

Pourrait-on également considérer qu'on est beaucoup plus exigeant à l'égard de certaines municipalités telles que celle de Mississauga? Leur charge serait-elle beaucoup plus lourde que,

sake of argument, on one of the Northern Ontario cities, where there are different kinds of problems, but not those of dealing with refugees?

Ms Mulvale: I remember reading many years ago that, no matter where the point of entry is for a new Canadian, within a year, 50 per cent of them end up in the Greater Toronto area. We must acknowledge that. That is why funding should be on an adequate, per capita basis to let the money flow to where the needs are and to get the greatest synergy on the return on your investment.

We can help you with that, because there are all sorts of demographers who can give you that information. We can track the settlement patterns and we would be very pleased to do so.

Senator Di Nino: It would be useful if you could provide that for us.

The Chairman: That 50 per cent number has been around for a while. I gather that the contribution to the province is a one-time shot for initial settlement? If the initial settlement were in Nova Scotia, that province would get the money, even though, down the road, the pattern suggests the immigrants move to Toronto or Oakville and are on your payroll.

Ms Mulvale: That is why we made the point. We can decide whether the settlement amount is appropriate or whether it should be channelled to the communities where the programs are accessed. Simply because that is the way it has always been, does not mean it is the best way to do it. We are here because we partnered willingly and invited our colleagues from FCM. We are not here to advocate for Ontario alone.

The Chairman: We did not take it that way.

Ms Mulvale: With the greatest respect, we are not trying to take something away from a sister province. We are asking, as a nation, are we putting the money where the need is and thus seeing the proper return on the investment?

The Chairman: You are raising another key question. Is the property tax system — which by its nature is not progressive — the correct way to fund the cost? Is it possible for a municipality to refuse to take immigrants?

Ms Mulvale: That would be counter-productive.

The Chairman: I was not advocating it.

Ms Mulvale: Because of the cash crunch, some rhetoric has arisen that may not reflect the fabric or the values of our nation. That is really a cry of despair, because these are very difficult decisions to make.

The Chairman: You are amazingly articulate. Thank you for coming.

The committee adjourned.

par exemple, pour une des villes du nord de l'Ontario, où les problèmes sont différents, mais n'ont rien à voir avec les réfugiés.

Mme Mulvale: Je me souviens d'avoir lu il y a bien des années que quel que soit le point d'entrée des néo-Canadiens, 50 p. 100 d'entre eux se retrouvent dans la région du Grand Toronto. Il faut reconnaître cela. C'est pour cela que l'aide financière devrait être adéquate et calculée par tête. De cette façon, l'argent parviendrait là où on en a besoin et permettrait de créer la plus grande synergie possible en fonction de l'investissement consenti.

Nous pouvons vous aider sur ce point, car il y a une foule de démographes capables de vous fournir ce genre d'information. Nous sommes capables d'établir les caractéristiques d'établissement et nous nous ferions un plaisir de le faire.

Le sénateur Di Nino: Cela nous serait fort utile.

Le président: Il y a un certain temps que l'on nous parle de ces 50 p. 100. Si je comprends bien, une seule contribution est faite à la province pour l'établissement initial. Si cet établissement initial se fait en Nouvelle-Écosse, c'est cette province qui obtient l'argent, même si, par la suite, comme les tendances l'indiquent, les immigrants vont s'installer à Toronto ou à Oakville et que c'est alors à vous d'en assumer la charge financière.

Mme Mulvale: C'est la raison pour laquelle nous avons présenté ces arguments. Nous pouvons décider si le montant est approprié ou s'il devrait être transféré aux collectivités dans lesquelles les programmes sont mis en oeuvre. C'est toujours ainsi que l'on a procédé, mais cela ne signifie pas nécessairement que c'est la meilleure façon de procéder. Nous sommes ici parce que nous avons tenu à nous associer à nos collègues de la FMC nous les avons invités à se joindre à nous. Nous ne sommes pas venus uniquement pour défendre l'Ontario.

Le président: Nous ne l'avons jamais pensé.

Mme Mulvale: Permettez-moi de vous dire très respectueusement que nous n'essayons pas d'obtenir quoi que ce soit aux dépens d'une autre province. C'est au nom de la nation toute entière que nous demandons si l'argent va là où on en a besoin et si l'investissement qu'il représente est rentabilisé?

Le président: Vous soulevez là une autre question clé. Le système d'impôt foncier — qui, de par sa nature, n'est pas progressif — est-il l'instrument approprié pour couvrir les coûts? Une municipalité peut-elle refuser d'accueillir des immigrants?

Mme Mulvale: Ce serait contre-productif.

Le président: Je ne le recommanderais pas.

Mme Mulvale: À cause des restrictions budgétaires, on entend aujourd'hui évoquer des arguments qui ne sont pas nécessairement représentatifs des structures ou des valeurs de notre nation. Il s'agit en fait d'un cri de désespoir, car il y a des décisions déchirantes à prendre.

Le président: Vous savez décrire la situation avec énormément d'éloquence. Je vous remercie d'être venue.

La séance est levée.



From the Canadian Council for Refugees:

Janet Dench, Executive Director;

Francisco Rico-Martinez, President.

As Individuals:

David H. Davis;

Paul D. Copeland, Member, Canadian Council of Criminal Defence Lawyers;

Marshall Drukarsh, Member, Criminal Lawyers' Association.

From The Getting Landed Project:

Hamdi Mohamed, Representative;

Louise Slobodian, Representative.

From the Federation of Canadian Municipalities:

John Burrett, Acting Director, Social and Economic Policy.

From the Association of Municipalities of Ontario:

Her Worship Ann Mulvale, Mayor, Town of Oakville; President, Association of Municipalities of Ontario; and Member of the Board of Directors of the Federation of Canadian Municipalities;

Pat Vanini, Director of Policy and Government Relations.

Du Conseil canadien pour les réfugiés:

Janet Dench, directrice générale;

Francisco Rico-Martinez, président.

À titre personnel:

David H. Davis;

Paul D. Copeland, membre, Conseil canadien des avocats de la défense;

Marshall Drukarsh, membre, Criminal Lawyers' Association.

De Getting Landed Project:

Hamdi Mohamed, représentante;

Louise Slobodian, représentante.

De la Fédération canadienne des municipalités:

John Burrett, directeur suppléant, Politiques sociales et économiques.

De l'Association des municipalités de l'Ontario:

Mme Ann Mulvale, maire d'Oakville; présidente, Association des municipalités de l'Ontario; membre du conseil d'administration, Fédération canadienne des municipalités.

Pat Vanini, directrice, Politiques et relations gouvernementales.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada —
Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —
Édition
45 Boulevard Sacré-Cœur,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Shipping Federation of Canada:

Gilles Bélanger, President and Chief Executive Officer;
Anne Legars, Director, Policy and Government Affairs.

From the Organization of Professional Immigration Consultants:

Jill Sparling, President.

From LEXBASE:

Richard Kurland, Editor-in-Chief.

As Individuals:

Gordon Fairweather;
Jack Manion;
William Bauer;
Martin Collacott;
James Bissett;
Lorne Waldman;
Mendel M. Green.

From Canadians for a Fair and Just Immigration Policy:

Robin Seligman, Representative.

From the Office of the United Nations High Commissioner for Refugees:

Judith Kumin, Representative in Canada.

(Continued on the previous page)

De la Fédération maritime du Canada:

Gilles Bélanger, président-directeur général;
Anne Legars, directrice, Politique et affaires gouvernementales.

De l'Organisation of Professional Immigration Consultants:

Jill Sparling, présidente.

De LEXBASE:

Richard Kurland, rédacteur en chef.

À titre personnel:

Gordon Fairweather;
Jack Manion;
William Bauer;
Martin Collacott;
James Bissett;
Lorne Waldman;
Mendel M. Green.

De Canadians for a Fair and Just Immigration Policy:

Robin Seligman, représentant.

Du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés:

Judith Kumin, représentante au Canada.

(Suite à la page précédente)



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Thursday, October 4, 2001

Issue No. 29

Fifth meeting on:

Bill C-11, An Act respecting immigration to Canada and
the granting of refugee protection to persons who
are displaced, persecuted or in danger
and

Twenty-fourth meeting on:

The state of the health care system in Canada

APPEARING:

The Honourable Elinor Caplan, P.C., M.P.,
Minister of Citizenship and Immigration

WITNESSES:
(See back cover)

Première session de la
trente-septième législature, 2001

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Le jeudi 4 octobre 2001

Fascicule n° 29

Cinquième réunion concernant:

Le projet de loi C-11, Loi concernant l'immigration au
Canada et l'asile conféré aux personnes
déplacées, persécutées ou en danger
et

Vingt-quatrième réunion concernant:

L'état du système de soins de santé au Canada

COMPARAÎT:

L'honorable Elinor Caplan, c.p., députée,
ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration.

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

| | |
|----------------------|------------------|
| Callbeck | * Lynch-Staunton |
| * Carstairs, P.C. | (or Kinsella) |
| (or Robichaud, P.C.) | Keon |
| Cook | Morin |
| Cordy | Pépin |
| Di Nino | Robertson |
| Fairbairn, P.C. | Roche |

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Change in membership of the committee

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Finestone, P.C., substituted for that of the Honourable Senator Callbeck (*October 4, 2001*).

The name of the Honourable Senator Rompkey, P.C., substituted for that of the Honourable Senator Cook (*October 4, 2001*).

The name of the Honourable Senator Callbeck substituted for that of the Honourable Senator Finestone, P.C. (*October 4, 2001*).

The name of the Honourable Senator Cook substituted for that of the Honourable Senator Rompkey, P.C. (*October 4, 2001*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

| | |
|----------------------|------------------|
| Callbeck | * Lynch-Staunton |
| * Carstairs, c.p. | (ou Kinsella) |
| (ou Robichaud, c.p.) | Keon |
| Cook | Morin |
| Cordy | Pépin |
| Di Nino | Robertson |
| Fairbairn, c.p. | Roche |

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Finestone, c.p., est substitué à celui de l'honorable sénateur Callbeck (*le 4 octobre 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Rompkey, c.p., est substitué à celui de l'honorable sénateur Cook (*le 4 octobre 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Callbeck est substitué à celui de l'honorable sénateur Finestone, c.p. (*le 4 octobre 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Cook est substitué à celui de l'honorable sénateur Rompkey, c.p. (*le 4 octobre 2001*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Thursday, October 4, 2001

(33)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9:00 a.m., in Room 505 of the Victoria Building, the Chair, the Honourable Michael Kirby presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cordy, Di Nino, Fairbairn, P.C., Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin, Robertson, Robichaud, P.C, Roche, and Rompkey, P.C., (12).

Other senators present: The Honourable Senators Andreychuk, Beaudoin, Grafstein, Prud'homme, P.C, Stollery, Stratton, and Wilson (7).

In attendance: Jay Sinha, Research Officer, Parliamentary Research Branch, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, September 27, 2001, the committee resumed its consideration of Bill C-11, An Act respecting immigration to Canada and the granting of refugee protection to persons who are displaced, persecuted or in danger. (*See Proceedings of the Committee, Issue No. 26 dated October 1, 2001, for full text of Order of Reference.*)

APPEARING:

The Honourable Elinor Caplan, P.C., M.P., Minister of Citizenship and Immigration.

WITNESSES:

From the Department of Citizenship and Immigration:

Michel Dorais, Deputy Minister;

Joan Atkinson, Assistant Deputy Minister, Policy and Program Development;

David Dunbar, Senior Counsel, Legal Services.

The Honourable Elinor Caplan, P.C., M.P., made a statement and, together with Ms. Atkinson and Messrs. Dorais and Dunbar, answered questions.

At 10:47 a.m., the committee suspended.

At 10:51 a.m., the committee resumed.

The Honourable Elinor Caplan, P.C., M.P., and departmental officials continued to answer questions.

The Chair made a statement.

At 11:27 a.m., the committee suspended.

At 11:32 a.m., the committee resumed *in camera*.

At 11:40 a.m., the Honourable Senator LeBreton took the Chair.

At 11:42 a.m., the Honourable Senator Kirby took the Chair.

At 11:44 a.m., the committee proceeded to consider its Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001,

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le jeudi 4 octobre 2001

(33)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 heures, dans la pièce 505 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable sénateur Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cordy, Di Nino, Fairbairn, c.p., Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin, Robertson, Robichaud, c.p., Roche et Rompkey, c.p., (12).

Autres sénateurs présents: Les honorables sénateurs Andreychuk, Beaudoin, Grafstein, Prud'homme, c.p., Stollery, Stratton et Wilson (7).

Également présent: Jay Sinha, attaché de recherche, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 27 septembre 2001, le comité poursuit son examen du projet de loi C-11, Loi concernant l'immigration au Canada et l'asile conféré aux personnes déplacées, persécutées ou en danger. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 26 du comité, daté du 1^{er} octobre 2001.*)

COMPARAÎT:

L'honorable Elinor Caplan, c.p., députée, ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration.

TÉMOINS:

Du ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration:

Michel Dorais, sous-ministre;

Joan Atkinson, sous-ministre adjointe, Développement des politiques et programmes;

David Dunbar, avocat-conseil, Services juridiques.

L'honorable Elinor Caplan, c.p., députée, fait une déclaration et, de concert avec Mme Atkinson et MM. Dorais et Dunbar, répond aux questions.

À 10 h 47, le comité suspend ses travaux.

À 10 h 51, le comité reprend ses travaux.

L'honorable Elinor Caplan, c.p., députée, et les fonctionnaires du ministère continuent de répondre aux questions.

Le président fait une déclaration.

À 11 h 27, le comité suspend ses travaux.

À 11 h 32, le comité reprend ses travaux à huis clos.

À 11 h 40, l'honorable sénateur LeBreton occupe le fauteuil.

À 11 h 42, l'honorable sénateur Kirby occupe le fauteuil.

À 11 h 44, le comité examine l'ordre de renvoi adopté par le Sénat, le jeudi 1^{er} mars 2001, concernant l'étude spéciale sur

with respect to its special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No. 2.*)

The committee proceeded to consideration of draft reports Volume Two and Volume Three of its health care study.

It was agreed that, subject to minor typographical corrections and editing, the reports be adopted.

At 12:02 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

l'état du système de soins de santé au Canada. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 2 du comité.*)

Le comité examine les projets de rapport (volumes 2 et 3) sur les systèmes de soins de santé.

Il est convenu d'adopter les rapports, sous réserve de quelques modifications typographiques et révisions mineures.

À 12 h 02, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

Le greffier suppléant du comité,

Till Heyde

Acting Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, October 4, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, to which was referred Bill C-11, respecting immigration to Canada and the granting of refugee protection to persons who are displaced, persecuted or in danger, met this day at 9:00 a.m. to give consideration to the bill.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[English]

The Chairman: We will continue our hearings on Bill C-11, respecting immigration to Canada and the granting of refugee protection to persons who are displaced, persecuted or in danger.

As you well know, the Honourable Elinor Caplan, Minister of Citizenship and Immigration will present today. Accompanying the minister from the Department of Citizenship and Immigration are Deputy Minister Michel Dorais and Assistant Deputy Minister Joan Atkinson, Policy and Program Development. Minister Caplan, please proceed.

[Translation]

The Honourable Elinor Caplan, P.C., M.P., Minister of Citizenship and Immigration: I am happy to be here today and to participate in your discussion of Bill C-11, respecting immigration to Canada and the granting of refugee protection to persons who are displaced, persecuted or in danger.

[English]

I am grateful for this opportunity to join members of this committee in your review of Bill C-11 in respect of the Immigration and Refugee Protection Act. The legislation before you has been brought into sharp focus by the atrocities of September 11. These appalling terrorist attacks have shocked and horrified us all. They have forced us to take a hard look at our most basic laws and procedures.

Canadians are looking to us for reassurance that we can protect the health, safety and security of our society. They are also looking to us for reassurance that we can do so without abandoning our core values and traditions, which begin with the welcome we offer to immigrants and refugees from around the world.

I am proud to say that this proposed legislation is very tough for those who pose a threat to public security and for those who do not respect our laws. However, it also affirms the importance of immigration and refugee protection in the future in our country.

I want to discuss with you some of the key provisions in this respect, but first I will speak to an important point that was raised during the second reading debate on September 25. I believe it was Senator Murray who asked whether the government currently has the power to deal with people seeking admission to Canada who pose a security threat. My answer to that question is, yes, we have a range of security provisions under the current law.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 4 octobre 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie auquel a été transmis le projet de loi C-11, Loi concernant l'immigration au Canada et l'asile conféré aux personnes déplacées, persécutées ou en danger, se réunit ce jour à 9 heures pour en faire l'examen.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[Traduction]

Le président: Nous allons poursuivre les audiences sur le projet de loi C-11, Loi concernant l'immigration au Canada et l'asile conféré aux personnes déplacées, persécutées ou en danger.

Comme vous le savez, nous accueillons aujourd'hui l'honorable Elinor Caplan, ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration. Elle sera accompagnée du sous-ministre Michel Dorais et de la sous-ministre adjointe Joan Atkinson, chargée du développement des politiques et des programmes. Madame la ministre, vous avez la parole.

[Français]

Mme Elinor Caplan, c.p., députée, ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration: Je suis heureuse d'être ici aujourd'hui, et d'assister à vos délibérations sur le projet de loi C-11 concernant l'immigration au Canada et l'asile conféré aux personnes déplacées, persécutées ou en danger.

[Traduction]

Je suis heureuse de l'occasion qui m'est donnée de participer avec les membres du comité à l'examen du projet de loi C-11 concernant l'immigration au Canada et l'asile conféré aux personnes déplacées, persécutées ou en danger. Le texte législatif que vous étudiez a retenu beaucoup l'attention depuis les atrocités du 11 septembre. Nous avons tous été choqués et horrifiés par ces attentats terroristes épouvantables. Ils nous ont forcés à jeter un regard lucide sur nos lois et nos procédures les plus fondamentales.

Les Canadiens veulent être rassurés et être certains que nous pouvons veiller à leur santé et à leur sécurité et protéger notre société. Mais ils ne veulent pas que cette protection soit assurée au détriment de nos traditions et de nos valeurs essentielles, lesquelles se manifestent dès que nous accueillons des immigrants et des réfugiés de toutes les régions du monde.

Je suis fière de dire que cette législation contient des dispositions très sévères à l'égard des personnes qui constituent un danger pour la sécurité publique et de celles qui ne respectent pas nos lois. Mais le projet de loi réitère également à quel point l'immigration et la protection des réfugiés sont importantes pour assurer l'avenir de notre pays.

Avant de discuter avec vous de certaines des dispositions essentielles de la législation, je tiens à aborder un point important qui a été soulevé pendant le débat en seconde lecture, le 25 septembre. Je crois que c'est le sénateur Murray qui a demandé si le gouvernement avait les moyens d'agir contre les personnes qui cherchent à entrer au Canada et qui constituent un danger pour la sécurité. Ma réponse à cette question est «oui», la

I understand that Senator Di Nino, before this committee, subsequently asked the question: "If we have such provisions now, why is this new bill so urgently needed?" In response, I would like to say that we are working to the best of our ability with the tools that we have to maintain border security and the safety of Canadians. I am extremely proud of the dedication and professionalism of my officers in Canada and around the world, who are working with these tools every day. This bill contains new and important measures that are both critical and urgently needed.

I understand as well that some have questioned this urgency, and they have asked why the bill is needed now if it cannot be implemented immediately. I am certain that most of you know that it is only with the passage of this bill that the authority is created to pre-publish the new regulations that must accompany the bill. Delaying the bill, therefore, delays the regulations and their joint implementation, along with the implementation of these new critical measures.

I might add that the drafting of the regulations has been underway for some time, as we have been proceeding with an open regulatory consultation process alongside the progress of the bill. Consultations have ensued ever since the tabling of the bill in the House of Commons last February and, indeed, the House of Commons Standing Committee on Citizenship and Immigration has contributed significantly to various aspects of the legislation and draft regulations through its own consultation process.

I remain committed to this open and transparent process for the regulations, which will provide for input from all interested stakeholders, such as those you have heard in the past few days, and from the committees of both Houses of Parliament. I want to be clear, however, that, because this work has been proceeding all along, we will be ready to pre-publish the regulations soon after the bill proceeds to Royal Assent.

I have one final point of fundamental importance before turning to the bill itself. Some have argued that in response to the terrorist attacks in the United States, Canada should invoke the notwithstanding clause of our Charter of Rights and Freedoms in order to override certain Supreme Court decisions pertaining to our refugee determination process. I want to tell you today that this is not on.

loi actuelle contient un éventail de dispositions relatives à la sécurité.

Le sénateur Di Nino aurait ensuite posé au comité la question suivante: «Si la loi actuelle contient des dispositions qui permettent d'assurer notre sécurité, pourquoi est-il si urgent d'adopter un nouveau projet de loi?» Ma réponse est que nous utilisons de la meilleure façon possible les outils qui sont à notre disposition pour protéger nos frontières et assurer la sécurité de la population canadienne. Et je suis extrêmement fière du dévouement et du professionnalisme dont font preuve les fonctionnaires de mon ministère qui, chaque jour, au Canada et à l'étranger, travaillent avec ces outils. Ce projet de loi contient toutefois de nouvelles mesures essentielles dont le besoin se fait cruellement sentir.

Je crois savoir également que certains ont justement remis en question l'urgence de cette mesure et ont demandé pourquoi le projet de loi devait être adopté maintenant alors qu'il ne sera mis en oeuvre que plus tard. Je suis certaine que la plupart d'entre vous savent que le projet de loi doit être adopté pour que nous puissions procéder à la publication préalable du règlement d'application qui doit accompagner le projet de loi. Tout retard dans l'adoption du projet de loi retardera d'autant l'adoption du Règlement et, par le fait même, l'entrée en vigueur de ces deux textes législatifs. Il va sans dire que la mise en oeuvre des nouvelles mesures essentielles que contient le projet de loi sera également retardée.

Mais je peux vous dire que la rédaction du Règlement est en cours depuis un bon moment, et que nous avons tenu des consultations ouvertes sur les dispositions réglementaires alors même que les travaux sur le projet de loi suivaient leur cours. Des consultations ont eu lieu après le dépôt du projet de loi à la Chambre des communes en février dernier. Le Comité permanent de la citoyenneté et de l'immigration de la Chambre des communes a d'ailleurs tenu ses propres consultations et contribué ainsi à améliorer de façon importante certains aspects du projet de loi.

Je demeure d'ailleurs convaincue de l'importance de ce processus de consultation ouvert et transparent pour l'élaboration du Règlement. Il nous permettra d'entendre les points de vue des intervenants, tels ceux qui se sont adressés à vous au cours des derniers jours, et des comités des deux Chambres du Parlement. Je tiens à préciser toutefois que grâce à ce travail entrepris de longue date, nous serons en mesure de procéder à la publication préalable du Règlement très rapidement après que le projet de loi aura reçu la sanction royale.

Avant de parler du projet de loi lui-même, je tiens à préciser un dernier point absolument essentiel. À la suite des attentats terroristes qui ont frappé les États-Unis, certaines personnes ont demandé que nous adoptions une disposition de dérogation à la Charte canadienne des droits et libertés, afin de pouvoir passer outre à certaines décisions de la Cour suprême relatives à notre processus de détermination du statut de réfugié. Je tiens à vous dire aujourd'hui que nous n'avons aucunement l'intention de retenir cette option.

The Prime Minister said it best in his speech in the House of Commons following that horrific terrorist attack when he said that we must strike back against terrorism, but in this difficult struggle, we must not abandon our values and who we are. Our Charter of Rights and Freedoms expresses our values. It reaffirms who we are, and it commits us to due process, which is only to say, fair treatment of those who come to us claiming fear of persecution. I will state clearly for the record that we will honour that commitment.

Of course, I understand that you have also heard witnesses argue before this committee that we should go significantly beyond what the Charter requires, particularly in respect of serious criminals, by offering them additional steps, procedures or protections extending beyond our Charter commitment to due process. Here, too, let me tell you: No way.

Serious criminals and threats to Canada's security will face provisions as tough or tougher than anywhere in the world, while we respect our Charter of Rights and Freedom. We will crack down on criminals and security threats and those who would abuse our laws, but we will continue to welcome genuine refugees, strengthen family reunification and attract the skilled workers that Canada needs. This is the balanced approach that we have taken in this bill.

What are the key provisions that Bill C-11 offers?

We are all too well aware that the recent attacks in the United States have raised serious issues of public security for all countries in the world. Not least among these issues is that of border security.

For some time already, we have been aware of the growing international problem of human trafficking. These and other threats to public health, safety and security are global in scope and covert in nature. If we are to function with integrity and maintain the confidence of Canadians, our immigration and refugee protection systems must have effective instruments to enforce the law.

You have heard testimony from the RCMP and CSIS that Bill C-11 will strengthen our ability to prevent security threats, war criminals and those associated with organized crime from entering, transiting through, or remaining in Canada.

Le premier ministre l'a très bien dit dans son discours à la Chambre des communes après les attaques terroristes. Nous devons user de représailles à l'égard des terroristes, mais dans ce combat difficile, nous ne devons pas abandonner nos valeurs et renier ce que nous sommes. La Charte des droits et libertés constitue l'expression de nos valeurs. Elle affirme ce que nous sommes. Elle constitue notre engagement à l'égard des personnes qui se tournent vers nous parce qu'elles craignent d'être persécutées, et nous oblige à leur donner accès à l'application régulière de la loi, ce qui signifie tout simplement que nous devons les traiter avec équité. Je veux qu'il soit bien clair que nous respecterons cet engagement.

Naturellement, des témoins sont également venus vous dire que nous devrions aller bien au-delà de ce qui est prévu dans la Charte. Ces personnes voudraient que nous offrions, particulièrement aux grands criminels, des recours, des procédures ou des mesures de protection additionnelles qui vont plus loin que ce à quoi nous oblige la Charte en ce qui a trait à l'application régulière de la loi. Je tiens à dire encore une fois qu'il n'en est pas question.

Les grands criminels et les personnes qui constituent un danger pour la sécurité du Canada s'exposeront à des mesures au moins aussi sévères que celles qui ont cours ailleurs dans le monde, dans les limites imposées par la Charte des droits et libertés. Nous sanctionnerons sévèrement les criminels et les personnes qui représentent un danger pour la sécurité, ainsi que celles qui cherchent à contourner nos lois. Mais nous continuerons à accueillir les véritables réfugiés, à favoriser la réunification des familles et à attirer les travailleurs qualifiés dont le Canada a besoin. C'est cette approche équilibrée qui est à la base du projet de loi.

Quelles sont donc les principales dispositions que l'on retrouve dans le projet de loi C-11?

Personne n'ignore que les attaques qui ont eu lieu récemment aux États-Unis ont soulevé de graves questions concernant la sécurité, et ce, dans tous les pays. La protection des frontières est certainement une question importante à cet égard.

Nous savons depuis quelque temps déjà que le trafic de personnes constitue un problème qui prend de plus en plus d'ampleur à l'échelle internationale. Ce problème ainsi que d'autres menaces à la santé et à la sécurité publiques sont des phénomènes qui ne se manifestent pas au grand jour, mais qui sont présents partout dans le monde. Nous ne pourrions préserver l'intégrité de nos régimes d'immigration et de protection des réfugiés et conserver la confiance des Canadiens que si nous adoptons des instruments nous permettant d'appliquer efficacement la loi.

Vous avez entendu des représentants de la GRC et du SCRS vous dire que le projet de loi C-11 nous donnera des moyens accrus pour faire en sorte que les personnes qui constituent un danger pour la sécurité, les criminels de guerre et les personnes associées au crime organisé ne puissent entrer ou rester au Canada ou encore y transiter.

The bill creates a new category of inadmissibility for those who commit fraud or misrepresentation on immigration applications. It streamlines the refugee determination process and allows us to exclude serious criminals, security risks, human rights violators and members of organized crime from the process altogether by suspending or terminating their claims.

I would also like to address the point that has been raised in your discussion about the issue of access. Some have argued that Bill C-11 offers more layers of access to decisions and decision-makers for refugee claimants than for permanent residents. Let me correct this impression. Access to the system has been diminished only for serious criminals and security threats and, yes, this is so even if they are permanent residents.

Bill C-11 will maintain discretion for immigration officers to take individual circumstances into account. We will uphold due process, but we will be able to remove serious criminals who are not Canadian citizens more quickly. That is a very important provision because, I will tell you quite frankly, under the current law it takes too long.

The bill also contains new offences for assisting in obtaining immigration status by fraud or misrepresentation and for smuggling and trafficking in human beings. Those guilty of this latter offence could receive sentences of up to life in prison, and a \$1 million fine, or both. This puts penalties for human trafficking in line with those for drug trafficking. As you have heard from witnesses, it allows us to send a strong message to our courts.

Bill C-11 strengthens and clarifies provisions for detention. It includes a new provision to detain refugee claimants where we have serious concerns about their identity and they are uncooperative in providing assistance. The accompanying regulations to Bill C-11 will also include important factors to be considered in the decision on release from detention, which will result in a more transparent process.

I know that members of the committee have heard concerns about the requirement in Bill C-11 that refugee claimants be referred to the IRB within 72 hours. Let me explain this provision.

When someone arrives in Canada and makes a refugee claim, an immigration officer first determines his or her eligibility to make that claim. At present, this determination can take up to six months. Bill C-11 requires that it be made within three working days. I understand that you have been told that it is not possible to complete a full review of security within 72 hours. This is true, and, in fact, there is no requirement in Bill C-11 to do so. The bill provides for the suspension of the process as security risks become apparent.

Le projet de loi introduit une nouvelle catégorie d'interdiction de territoire dans le cas des personnes qui font de fausses déclarations sur leur demande d'immigration. Le projet de loi simplifie le processus de détermination du statut de réfugié, et nous permet d'exclure de ce processus, en interrompant l'étude de leur demande, les grands criminels, les personnes qui constituent un danger pour la sécurité, celles qui ont porté atteinte aux droits de la personne et les membres du crime organisé.

J'aimerais aborder maintenant un point qui a été soulevé dans vos discussions sur l'accès. Certains ont dit que le projet de loi C-11 offre plus de dispositifs d'accès aux demandeurs d'asile qu'aux résidents permanents pour ce qui concerne les décisions et les décideurs. Laissez-moi corriger cette impression. En effet, l'accès au système n'a été diminué que pour les grands criminels et les personnes qui constituent une menace pour la sécurité, et effectivement, l'accès est réduit dans ces cas-là, même s'il s'agit de résidents permanents.

Le projet de loi C-11 préservera le pouvoir discrétionnaire des agents d'immigration de tenir compte des circonstances individuelles. Nous maintiendrons l'application régulière de la loi. Mais nous pourrions renvoyer plus rapidement les grands criminels qui ne sont pas citoyens canadiens, et c'est là une disposition très importante parce que je vous dirais très franchement qu'avec la loi actuelle, cela prend trop de temps.

Le projet de loi contient aussi de nouvelles infractions, par exemple aider à obtenir le statut d'immigrant par fraude ou par fausse déclaration et introduire des clandestins ou faire le trafic de migrants. Les personnes reconnues coupables de cette dernière infraction pourraient être condamnées à la prison à perpétuité, à une amende d'un million de dollars ou aux deux. Les peines pour le trafic d'êtres humains sont ainsi harmonisées à celles pour le trafic de stupéfiants et, comme des témoins l'ont déjà fait remarquer, cela nous autorise à envoyer un message non équivoque aux tribunaux.

Le projet de loi C-11 renforce et éclaircit les dispositions sur la détention. Il comporte un nouveau pouvoir de détenir des demandeurs d'asile quand nous avons de grands doutes au sujet de leur identité et qu'ils sont peu enclins à coopérer. Le Règlement d'application du projet de loi C-11 comprendra aussi d'importants facteurs à considérer dans les décisions sur la mise en liberté, ce qui aboutira à un processus plus transparent.

Je sais que les membres du comité ont entendu des réserves au sujet de l'exigence de transmettre les demandes d'asile à la CISR dans un délai de 70 heures. Laissez-moi expliquer cette disposition.

Quand quelqu'un arrive au Canada et qu'il revendique le statut de réfugié, l'agent d'immigration décide en premier lieu si sa demande est recevable. À l'heure actuelle, cette décision peut prendre jusqu'à six mois. Le projet de loi C-11 exige qu'elle soit prise en trois jours ouvrables. Je comprends qu'on vous a dit qu'il est impossible de procéder à un examen de sécurité complet en 72 heures. C'est bien vrai et, de fait, rien dans le projet de loi C-11 n'exige d'agir ainsi, puisque des dispositions prévoient l'interruption du processus dès que des risques pour la sécurité sont apparents.

It is in our interest to see that both security screening and the refugee determination process begin quickly. Those who pose a security threat will be screened out, detained or removed. The rest, which is to say the majority, of claimants will not be subject to lengthy delays at the beginning of the process.

Mr. Chairman, these and other measures in Bill C-11 will contribute to fair, efficient and effective procedures to maintain the integrity of Canada's refugee determination system.

Prior to taking your questions, let me now turn to provisions in Bill C-11 concerning another kind of security. I refer to our prospects for economic growth and prosperity.

Ours is a country that was built by immigrants and refugees. People from around the world have come to Canada in search of old dreams and new opportunities, often in flight from terrible persecution, have helped build this country. Mr. Chairman, they are us. They are our ancestors. They built our communities. They wove a rich and diverse social, cultural and economic fabric, and this is one of the greatest sources of strength of our country. It is one of the greatest sources of our strength in the world.

However, we are growing older and having fewer children. Currently, over three-quarters of Canada's labour force growth comes from immigration. In merely ten years or so, immigration will account for all labour force growth in Canada. In merely 20 years or so, all of Canada's population growth will be from immigration.

Canada is not alone in this demographic situation. There is an emerging vigorous global competition to attract the world's best and brightest.

Bill C-11 and its accompanying regulations will allow us to maintain our competitive edge. It will introduce a new points grid to shift the current focus on skilled worker selection from experience in a particular occupation to more flexible and transferable skills. Regulations will take steps to attract skilled tradespersons, as well.

In response to an issue raised by Senator Poulin, new regulations will also strengthen our live-in caregiver program to ensure that caregivers will be fully aware of their rights and responsibilities before they arrive in Canada. In addition, by requiring a contract between caregivers and their employers, we will ensure that there are clear avenues of assistance should concerns arise.

Finally, Bill C-11 reaffirms yet another form of security of great importance to Canadians, and that is family reunification.

Il est de notre intérêt que le contrôle sécuritaire et la détermination du statut de réfugié débutent sans tarder. Ceux qui constituent une menace pour la sécurité seront rejetés à la présélection, détenus ou renvoyés. Tous les autres, c'est-à-dire la majorité des demandeurs d'asile, ne seront pas assujettis à de longs retards dès le début du processus.

Monsieur le président, cette mesure du projet de loi C-11 ainsi que d'autres favoriseront des procédures équitables, efficaces et efficientes destinées à préserver l'intégrité du processus canadien de détermination du statut de réfugié.

Avant de répondre à vos questions, permettez-moi d'aborder les dispositions du projet de loi C-11 qui portent sur un autre genre de sécurité. Je veux parler bien sûr de nos perspectives de croissance économique et de prospérité.

Notre pays a été bâti par des immigrants et des réfugiés. Des gens de partout dans le monde sont venus au Canada à la recherche de vieux rêves et de nouvelles possibilités, fuyant souvent de terribles persécutions. Ce sont nos ancêtres, ce sont vous et moi. Ils ont construit nos collectivités et ont tissé une riche mosaïque sociale, culturelle et économique, l'une des grandes sources de notre force dans le monde.

Mais nous vieillissons et nous avons moins d'enfants. À l'heure actuelle, plus des trois quarts de la croissance de la main-d'oeuvre du Canada est attribuable à l'immigration. Dans une dizaine d'années tout au plus, l'immigration sera responsable de la croissance entière de la main-d'oeuvre. Et dans une vingtaine d'années, la croissance de la population canadienne dans son ensemble dépendra de l'immigration.

Le Canada n'est pas le seul pays aux prises avec ce problème démographique. La concurrence s'intensifie aux quatre coins du monde pour attirer les meilleurs candidats à l'immigration et les plus prometteurs.

Le projet de loi C-11 et son Règlement d'application nous permettront de conserver notre avantage concurrentiel. Il introduira une nouvelle grille de points pour sélectionner les candidats et, au lieu de donner un avantage particulier aux travailleurs qualifiés, possédant de l'expérience dans une profession particulière, on accordera plus de poids aux compétences polyvalentes et transférables. Le Règlement prévoira aussi des mesures afin d'attirer des travailleurs qualifiés.

En réponse à une question soulevée par le sénateur Poulin, de nouvelles dispositions réglementaires viendront renforcer notre Programme concernant les aides familiaux résidents, et l'on fera en sorte qu'ils soient pleinement informés de leurs droits et responsabilités avant d'arriver au Canada. En outre, en exigeant la signature d'un contrat entre les aides familiaux et leurs employeurs, nous nous assurons de disposer des moyens clairs de réagir en cas de problèmes.

Enfin, le projet de loi C-11 réaffirme l'importance d'un autre genre de sécurité à laquelle les Canadiens accordent beaucoup de valeur, la réunification des familles.

The regulations will provide specific measures to speed up the reunification of families, including the creation of an in-Canada landing class. It will simplify applications for spouses, partners and children already in Canada legally.

I would like to address for a moment a concern that Senator Kirby raised by confirming that grandparents will most certainly be included as important members of the family class. That family class definition will be in the regulations.

Let me close by mentioning the issue of transitional provisions that was raised before the committee earlier this week. In particular, I would like to assure you that applicants who have had an interview under the current law will be processed according to the current law.

I should point out, as well, that with the proposed new regulations for skilled workers and family members, many applicants who will not have been interviewed under Bill C-11 when it takes effect will likely benefit from a more open and generous rule. In addition, it is extremely important to recall that visa officers will continue to have the discretion to approve individuals that they consider able to successfully establish in Canada despite an inadequate assessment under the point system. Officers will also maintain their discretionary authority to approve cases on humanitarian and compassionate grounds.

I conclude, Mr. Chairman, by noting once again that we have all been profoundly affected by the recent terrorist attacks in the United States. It is clear that we must take steps to protect public security, but it should be equally clear that we will not try to turn Canada into a fortress.

Terrorism is an international problem that requires international co-operation, intelligence sharing and international solutions. The most effective strategy, of course, is to apply knowledge and intelligence in order to prevent security threats from reaching our borders. Should they reach our borders, however, Bill C-11 gives us important new tools to deal with them quickly and firmly.

Bill C-11 was not developed in isolation, nor will it be applied in isolation. It reinforces laws on organized crime and terrorism. It supports existing procedures for information and intelligence gathering, including the ability to protect sensitive information that might hinder investigations. It supports our many co-operative initiatives and arrangements on information sharing and joint security with our closest friend and neighbour, the United States. It will be a vital and welcome addition to our shared efforts to strengthen public security.

I welcome your questions.

Senator LeBreton: None of us will quarrel about the horrific events in the United States in Washington, New York and Pennsylvania, on the 11th of September, and we all know that terrorism knows no borders. Certainly, we, in Canada, cannot hide

Le Règlement comportera des mesures précises pour accélérer la réunification des familles, notamment la création d'une catégorie de demandeurs au Canada et il simplifiera le processus des demandes pour les époux, les conjoints de fait et les enfants qui se trouvent déjà légalement au Canada.

Je voudrais prendre un moment pour répondre à une préoccupation du sénateur Kirby en confirmant qu'effectivement, les grands-parents seront certainement inclus dans la catégorie de la famille comme membres importants. Cette définition de la catégorie de la famille se trouvera dans le Règlement.

Je terminerai en abordant la question des dispositions de transition soulevée devant le comité plus tôt cette semaine. Plus précisément, j'aimerais vous assurer que les demandeurs qui ont eu une entrevue en vertu de la loi actuelle verront leur demande traitée selon les dispositions de la loi actuelle.

Je dois aussi signaler qu'avec le nouveau règlement proposé pour les travailleurs qualifiés et les membres de la famille, beaucoup de candidats qui n'auront pas passé d'entrevue à l'entrée en vigueur du projet de loi C-11 bénéficieront de règles plus ouvertes et plus généreuses. En outre, il importe de se rappeler que les agents des visas continueront d'avoir le pouvoir discrétionnaire d'approuver la demande des candidats qu'ils jugent aptes à s'établir avec succès au Canada en dépit d'une évaluation insatisfaisante selon le système des points. Les agents conserveront aussi leur pouvoir discrétionnaire d'approuver des cas pour des motifs humanitaires.

Je conclus, monsieur le président, en disant encore une fois que nous avons tous été profondément affectés par les attentats terroristes récents aux États-Unis. Il est clair que nous devons prendre des mesures pour protéger la sécurité publique. Mais il doit être tout aussi clair que nous ne transformerons pas le Canada en forteresse.

Le terrorisme est un problème international qui exige des solutions internationales. La stratégie la plus efficace, bien entendu, c'est d'utiliser le savoir et les renseignements de sécurité pour éviter que des menaces à la sécurité n'atteignent nos frontières. Si toutefois il en était ainsi, le projet de loi C-11 nous fournit des moyens efficaces de réagir rapidement et fermement.

Le projet de loi C-11 n'a pas été élaboré en vase clos, pas plus qu'il ne sera appliqué en vase clos. Il renforce les lois contre le crime organisé et le terrorisme. Il appuie les mécanismes existants de collecte de renseignements de sécurité et autres, notamment la capacité de protéger les renseignements délicats qui pourraient nuire aux enquêtes. Il appuie nos nombreuses initiatives et ententes de coopération sur l'échange d'information et la sécurité commune avec nos voisins et amis, les États-Unis. À l'évidence, le projet de loi sera un ajout essentiel et positif à nos efforts communs pour renforcer la sécurité publique.

Je serai heureuse de répondre à vos questions.

Le sénateur LeBreton: Aucun d'entre nous ne saurait contester l'horreur des événements qui sont survenus aux États-Unis à Washington, New York et en Pennsylvanie le 11 septembre, et nous savons tous que le terrorisme ne connaît

behind some invisible snow fence and think we are safe from these types of attacks.

The committee sat this week for over 20 hours. We have had many very credible witnesses. There was not one of our witnesses who not suggest serious amendments to the bill, and, certainly, some even suggested that, since it is the first major overhaul of the immigration legislation in over 30 years, we should take our time, study it carefully and make sure that when the bill is passed it will be the best possible legislation that we can have to address all concerns, past, present and future.

With regard to the new slant that has been put on the bill that somehow or other it will be the device that will keep terrorists and people with criminal activities in their minds away from our borders, I will quote Ben Trister from the Canadian Bar Association. When he addressed the serious issues that happened on September 11, he said there was no gap to be filled by Bill C-11 in the area of preventive and pre-emptive detention of security risks. He suggested to us that there were provisions under the existing legislation, and he said it only to underline the point that we, as senators and parliamentarians, should examine this piece of legislation and try to improve it. After all, that is our job in the Senate.

I asked David Matas, a very prominent lawyer in this area, what he would do if he were in our position in the Senate. We are on the horns of a dilemma. The minister and the government tell us we must pass the bill immediately to deal with this new threat. He tells us we should go slowly and take time to examine the bill carefully. He went on to point out the legislation is complex, detailed and multi-step. It lacks fairness in some respects, denies international standards in some respect and drags out proceedings unnecessarily.

In light of all the evidence that we have listened to for 20 hours, how can you, in your statement, put the emphasis on the events of September 11 as the reason for this bill being pushed through Parliament?

Ms Caplan: I said that Bill C-11 is a very important first step. It is one that has been under consideration for some time and it gives my department important new tools, both in streamlining processes and in dealing with a number of areas that simply take too long.

CIC is an important partner with other agencies, but we know how frustrated Canadians are when we read stories about how long it takes to remove people who clearly have either worn out their welcome or should not be permitted to stay in Canada. I understand lawyers do not like the bill because it does streamline and take away appeal rights that allow those cases to drag on beyond what is required by our target. Therefore, to ensure that Canadians have confidence that we are doing things as quickly as possible, the bill must be implemented. I have also said we do not

pas de frontière. Nous ne pouvons certainement pas nous retrancher au Canada derrière une sorte de mur de neige invisible et penser que nous sommes à l'abri de ce genre d'attaque.

Le comité a siégé cette semaine pendant plus de 20 heures. Nous avons entendu un grand nombre de témoins très crédibles. Il n'y a pas eu un seul d'entre eux qui n'ait pas préconisé que l'on apporte de profondes modifications au projet de loi, et certains ont même suggéré que, puisqu'il s'agissait de la première refonte de la législation sur l'immigration depuis plus de 30 ans, nous devrions prendre notre temps, l'étudier attentivement et nous assurer que lorsque le projet de loi sera adopté, ce sera la meilleure loi possible pour répondre à toutes les préoccupations, anciennes, actuelles et à venir.

Au sujet du nouvel angle sous lequel on envisage le projet de loi, à savoir que d'une façon ou d'une autre, ce sera l'instrument qui tiendra les terroristes et ceux qui planifient des activités criminelles en dehors de nos frontières, j'aimerais citer Ben Trister de l'Association du Barreau canadien. En parlant des graves événements qui se sont produits le 11 septembre, il a déclaré qu'aucune lacune ne serait comblée par le projet de loi C-11 dans le domaine de la détention préventive ou anticipée de personnes qui menacent la sécurité. Il nous a fait remarquer qu'il existe déjà des dispositions dans la loi actuelle, et s'il a dit cela, c'est uniquement pour souligner qu'en tant que sénateurs et membres du Parlement, nous devrions examiner ce texte législatif et tenter de l'améliorer. Après tout, c'est notre travail au Sénat.

J'ai demandé à David Matas, un avocat réputé dans ce domaine, ce qu'il ferait s'il était à notre place au Sénat. Nous sommes pris dans un dilemme. D'un côté, la ministre et le gouvernement nous disent que nous devons adopter le projet de loi immédiatement pour répondre à cette nouvelle menace. De l'autre, selon David Matas, nous devrions procéder lentement et prendre le temps d'examiner attentivement le projet de loi. Il a ajouté que le texte est complexe, détaillé, présente de multiples facettes, pêche par un manque d'équité à certains égards, va à l'encontre des normes internationales sous certains aspects et fait traîner les procédures inutilement.

Compte tenu des témoignages que nous avons entendus pendant 20 heures, comment pouvez-vous, dans votre déclaration, mettre en avant les événements qui se sont déroulés le 11 septembre pour réussir à faire adopter ce projet de loi par le Parlement?

Mme Caplan: J'ai dit que le projet de loi C-11 était un premier pas très important. C'est un texte qui est à l'étude depuis quelque temps et qui offre à mon ministère d'importants nouveaux outils, aussi bien en rationalisant les processus qu'en traitant de plusieurs choses qui prennent tout simplement trop de temps.

Citoyenneté et Immigration Canada agit en collaboration avec d'autres organismes, mais nous savons combien les Canadiens sont frustrés quand ils voient, en lisant les journaux, combien de temps il faut pour déporter des gens qui ont manifestement abusé de notre accueil ou qui ne devraient pas être autorisés à séjourner plus longtemps au Canada. Je sais que les avocats n'aiment pas ce projet de loi, car il rationalise ou supprime les droits d'appel qui font s'éterniser ces dossiers au-delà de la période que nous nous sommes fixée. Donc, pour faire en sorte que les Canadiens soient

live in a perfect world, and as things evolve, if there are ideas that people have in the future, I am certainly willing to consider them.

The bill should not be held up because it gives us important new tools. I will give you just a couple in a brief answer. For example, we are able to more quickly deny people access to the refugee determination system, in other words, to deny an ineligible person's ability to go to an admissibility hearing where sensitive information can be protected. That is an important new tool.

Streamlining the eligibility determination for refugee claimants is another very important part of the bill because we know that having people wait six months to get to the IRB is just too long. It is important that that security check be done at the same time as the IRB starts to assess the claim. The longer people are here before they receive attention, the less confidence we have that we are doing things effectively.

The last is the authority that the bill gives to arrest and detain criminals and those who pose security threats. That is contained in existing legislation. It is clarified here that anyone who shows up undocumented and uncooperative can be detained. However, we do detain now where we have evidence.

There are a number of new provisions in the proposed legislation, which, we believe, will improve our capacity and give us tools that are not in existing legislation, allow us to streamline and do things in a way that gives Canadians more confidence.

Senator LeBreton: You acknowledge that the existing legislation in fact provides people can do that. The witnesses we had did not argue with that. They made the point that all these things can be done now, but the problem was shortage of resources of the front end.

Ms Caplan: Let me interrupt for a moment because that creates a wrong impression. The existing legislation is very complex concerning our ability to have a danger opinion, for example, and it creates additional other steps in the way we implement danger opinions.

Let me ask the assistant deputy minister to explain how that works and how in the new legislation it will be different. Right now it is difficult for us to deny anyone access to the refugee determination system. The bar for having the evidence to remove them and to deny that access is very high. This proposed legislation streamlines that.

Ms Joan Atkinson Assistant Deputy Minister, Department of Citizenship and Immigration: In terms of the eligibility determination at the front end, Bill C-11 provides a threshold approach to determine eligibility for referring a claim to the board. Under the current legislation, the process is to obtain a danger

convaincus que nous procédons aussi rapidement que possible, le projet de loi doit être mis en oeuvre. J'ai dit également que nous ne vivons pas dans un monde parfait et qu'au fur et à mesure que la situation évoluera, si des gens ont des suggestions à faire, je serai tout à fait disposée à les examiner.

L'adoption du projet de loi ne devrait pas être retardée car il nous donne d'importants nouveaux outils. Brièvement, deux ou trois exemples: nous pourrions refuser plus rapidement l'accès au processus de reconnaissance du statut de réfugié, autrement dit empêcher une personne dont la demande n'est pas recevable de bénéficier d'une audience d'admissibilité et protéger ainsi des renseignements de nature délicate. Il s'agit d'un important nouvel instrument.

La rationalisation du processus utilisé pour déterminer la recevabilité des demandes d'asile est un autre aspect très important du projet de loi, car on sait que faire attendre les gens six mois avant qu'ils puissent avoir accès à la CISR est tout simplement trop long. Il est important que le contrôle sécuritaire soit effectué parallèlement à l'évaluation de la demande par la CISR. Plus longtemps les gens restent ici avant que l'on s'en occupe, moins nous pouvons être convaincus que nous faisons les choses efficacement.

Un dernier exemple: le projet de loi nous donne le pouvoir d'arrêter et de détenir les criminels et ceux qui posent des risques de sécurité. On trouve déjà ce pouvoir dans la législation actuelle. Mais il est précisé dans le projet de loi que quiconque se présente sans papiers et se montre récalcitrant peut être détenu. Toutefois, nous détenons déjà les gens quand nous possédons des preuves.

On trouve plusieurs autres dispositions dans le projet de loi qui, pensons-nous, amélioreront notre capacité d'action et nous fourniront des outils qui ne se trouvent pas dans la législation actuelle, nous permettront de rationaliser les choses et de procéder d'une manière qui rassure les Canadiens.

Le sénateur LeBreton: Vous reconnaissez que la loi actuelle vous autorise déjà à faire cela. Les témoins que nous avons entendus ne l'ont pas contesté. Ils ont souligné que tout cela peut déjà être fait à l'heure actuelle, mais que le problème vient d'un manque de ressources en première ligne.

Mme Caplan: Permettez-moi de vous interrompre un instant car cela crée un malentendu. La loi en vigueur est très complexe, par exemple, pour ce qui est de notre capacité à émettre un avis de danger, et le projet de loi introduit d'autres étapes dans la procédure qui s'applique à l'émission d'un avis de danger.

Permettez-moi de demander à la sous-ministre adjointe d'expliquer comment cela fonctionne et en quoi cela sera différent dans la nouvelle loi. À l'heure actuelle, il nous est difficile de refuser à quiconque l'accès au processus de reconnaissance du statut de réfugié. La barre, en ce qui concerne les preuves qui permettraient de les déporter ou de leur refuser cet accès, est placée très haut. Ce projet de loi rationalise la procédure.

Mme Joan Atkinson, sous-ministre adjointe, ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration: En ce qui a trait à la détermination de la recevabilité d'une demande, au départ, le projet de loi établit des critères pour déterminer si le transfert d'une demande devant la Commission se justifie. En vertu de la

opinion from the minister, or the minister's delegate, and take that opinion before an adjudicator before we can make someone ineligible.

Under Bill C-11, we have a threshold approach. If someone falls within an inadmissibility category of serious criminality, security threat, war criminal, or persons who have committed crimes against humanity, we take that to an adjudicator who determines ineligibility and excludes the person from the refugee determination process.

As the minister has alluded, we can also suspend a claim in process when we have identified and an adjudicator has confirmed that an individual is a security threat, a war criminal, et cetera. Under the current act, we can only suspend when we are dealing with a serious criminal. These are new and important tools that allow us to streamline the process and to terminate the application of someone whom we identify as a concern.

Senator LeBreton: Again, it comes back to having resources at the front end, does it not?

Ms Caplan: When the bill was passed by cabinet, the department was given significant resources to implement this bill.

Senator LeBreton: Are those technology resources and human resources?

Ms Caplan: Yes. We received resources to implement the new Global Case Management system. We waited until the concerns over Y2K had passed before moving ahead with a new information system. We call it the "Global Case Management" system, which will link all of our department's posts around the world to allow sharing of case information, which is a very important part of this proposed legislation. The proposed legislation is a very important reform of the immigration and refugee determination system.

The other important technology piece, which is in development now, is mentioned in this bill. However, we do not need legislative authority to proceed with it. That is the new permanent resident card for new immigrants. It is a travel document for all new permanent residents and new immigrants. That information technology piece is an important part of our plan.

Senator LeBreton: On Monday, the Chair of the IRB, Mr. Peter Showler, in response to my question about backlog, said that he does not like the word "backlog." He called it "inventory," I think. He actually told us there were 34,000 claims in the inventory, or backlog. I asked him what percentage of the 34,000 claims were abandoned, and he said 15 per cent.

loi actuelle, la procédure est d'obtenir un avis de danger du ministre, ou de son délégué, et de soumettre cet avis à un arbitre avant de pouvoir déclarer une demande irrecevable.

En vertu du projet de loi C-11, il existe des critères. Si quelqu'un tombe dans une catégorie de personnes non admissibles pour cause de criminalité grave ou de menace à la sécurité ou parce qu'il s'agit de criminels de guerre ou d'individus ayant commis des crimes contre l'humanité, nous transférons le dossier à un arbitre qui décide de l'irrecevabilité du cas et exclut la personne du processus de reconnaissance du statut de réfugié.

Comme y a fait allusion la ministre, nous pouvons également suspendre une demande en cours lorsque nous avons établi qu'une personne présente une menace pour la sécurité, est un criminel de guerre, et cetera, et que la chose a été confirmée par un arbitre. En vertu de la loi actuelle, nous ne pouvons suspendre les procédures que lorsque nous avons affaire à de grands criminels. Il s'agit de nouveaux et importants instruments qui nous permettent de rationaliser le processus et de refuser une demande lorsque nous avons affaire à quelqu'un que nous considérons comme un risque.

Le sénateur LeBreton: Il faut donc, je le répète, disposer des ressources voulues en première ligne, toute la question est là, n'est-ce pas?

Mme Caplan: Quand le projet de loi a été adopté par le Cabinet, le ministère a obtenu des ressources substantielles pour sa mise en oeuvre.

Le sénateur LeBreton: S'agit-il de ressources technologiques et de ressources humaines?

Mme Caplan: Oui. Nous avons obtenu les ressources pour mettre en oeuvre le nouveau Système mondial de gestion des cas. Nous avons attendu que les craintes suscitées par le bogue de l'an 2000 soient derrière nous avant de procéder à la mise en place du nouveau système d'information. Nous l'avons baptisé «Système mondial de gestion des cas», car il reliera tous les postes du ministère à travers le monde afin de permettre le partage de l'information sur les dossiers, ce qui est une partie très importante du projet de loi qui est devant vous. Ce texte constitue une réforme très importante du processus de reconnaissance du statut de réfugié et du système d'immigration.

L'autre élément technologique important, actuellement en cours d'élaboration, est mentionné dans le projet de loi. Toutefois, nous n'avons pas besoin d'autorité législative pour aller de l'avant. Je parle de la nouvelle carte de résident permanent pour les nouveaux immigrants. Il s'agit d'un document de voyage pour tous les nouveaux résidents permanents et les nouveaux immigrants. Ce document d'information technologique occupe une place importante dans notre plan.

Le sénateur LeBreton: Lundi, le président de la CISR, M. Peter Showler, a déclaré en réponse à ma question concernant les arriérés qu'il n'aimait pas le mot «arriéré». Il a parlé je crois du «volume de demandes». Il nous a dit qu'il y avait en fait 34 000 demandes en attente, ce qui constitue en fait l'arriéré. Je lui ai demandé quel pourcentage des 34 000 revendications sont abandonnées, et il a répondu 15 p. 100.

Does this bill have specific measures to commit resources to eliminating the backlog? According to newspaper reports, these people are drifting around the country and no one seems to know where they are.

Ms Caplan: It is important to understand how the process works. I mentioned that it sometimes takes six months to refer to the IRB. The IRB then has its procedures for setting hearing dates. Often, people will ask for a delay of the hearing date while they prepare.

In this enormous reform of our procedures, as we consolidate decision-making into one decision at the IRB, we hope to address how we move from today's system to a new system so that we can eliminate multiple layers.

It is important that the committee understand that today, first, there is the refugee determination decision at the IRB, which is subject to judicial review; second, there is the post-determination risk assessment, which is subject to judicial review; third, there is the opportunity to apply for humanitarian and compassionate consideration on grounds of risk, which is subject to judicial review; fourth, there is a pre-removal risk assessment for a deportation order, which is subject to judicial review.

We know this is cumbersome and that it takes too long. Bill C-11 consolidates all of that into a single protection decision at the Immigration and Refugee Board. That is a huge overhaul. We will add to that a new division called the Refugee Appeal Division. There will be one decision, one appeal to the Refugee Appeal Division and then there will be a judicial review of that decision. That should streamline our processes. Certainly, there will be transition challenges, but we believe that, overall, the result will allow us to deal with claims more quickly because we will also have a single-member panel making most decisions.

Senator LeBreton: It was mentioned that cases were abandoned after 30 days, so I do not know whether the bill would actually find all these people who have not reported back.

It is understandable that lawyers do not like this bill. However, I assure you that during the 20 hours we have sat, not all of the presenters were lawyers. There were former diplomats, former deputy ministers and senior public servants, who were all universally concerned about the proposed legislation.

Senator Beaudoin: My comment is about the notwithstanding clause, which is not in the bill. One witness suggested the use of that clause, and all the others, as far as I remember, were against that. In my opinion, we do not need it. I understand this is your opinion as well, and I congratulate you for that.

Le projet de loi que nous étudions renferme-t-il des mesures spécifiques concernant l'attribution de ressources pour éliminer cet arriéré? Si l'on se fie aux médias, ces gens-là traînent à travers le pays et personne ne semble savoir où ils sont.

Mme Caplan: Il est important de comprendre comment fonctionne le processus. J'ai mentionné qu'il fallait parfois six mois pour transmettre un dossier à la CISR. La Commission a sa propre procédure pour fixer les dates des audiences. Souvent, les gens demandent la remise de l'audience à une date ultérieure pour avoir le temps de se préparer.

Dans le cadre de cette énorme réforme de nos procédures, dont l'objet est de consolider le processus de prise de décisions pour qu'il y en ait une seule, au niveau de la CISR, nous espérons trouver le moyen de passer du système actuel à un nouveau système qui supprimera les multiples paliers de décision.

Il est important que le comité le comprenne aujourd'hui. Premièrement, il y a la décision de la CISR relative à la reconnaissance du statut de réfugié, qui est soumise à un contrôle judiciaire; deuxièmement, il y a l'évaluation du risque relatif aux revendications refusées, qui est soumise à un contrôle judiciaire; troisièmement, il y a la possibilité de faire appel pour des motifs d'ordre humanitaire fondés sur le risque, qui est soumise à un contrôle judiciaire; quatrièmement, il y a l'examen des risques avant renvoi, qui est soumise à un contrôle judiciaire.

Nous nous rendons compte que c'est une procédure lourde et qui prend trop de temps. Le projet de loi C-11 regroupe le tout en une seule décision de protection, rendue par la Commission de l'immigration et du statut de réfugié. Il s'agit d'une réforme de fond. Nous allons ajouter une nouvelle section appelée Section d'appel des réfugiés. On aura donc une décision, un appel auprès de la Section d'appel des réfugiés, puis un contrôle judiciaire de cette décision-là. Cela devrait simplifier nos procédures. Il est évident que nous allons rencontrer des problèmes lors de la transition, mais nous pensons que globalement, le résultat sera que nous pourrions traiter les demandes plus rapidement parce que c'est aussi un tribunal d'un seul commissaire qui prendra la plupart des décisions.

Le sénateur LeBreton: Il a été dit que certains cas avaient été abandonnés après 30 jours, et je ne sais donc pas si le projet de loi permettrait effectivement de retrouver tous ces gens qui ne se sont pas représentés.

On peut facilement comprendre pourquoi les avocats n'aiment pas ce projet de loi. Toutefois, je vous assure qu'au cours des 20 heures pendant lesquelles nous avons siégé, tous les intervenants n'étaient pas des avocats. Nous avons entendu d'anciens diplomates, d'anciens sous-ministres et hauts fonctionnaires, qui avaient tous des réserves à propos du texte proposé.

Le sénateur Beaudoin: Mon commentaire concerne la disposition dérogative, qu'on ne trouve pas dans le projet de loi. Un témoin a suggéré que le recours à cette clause était inutile, et tous les autres, autant que je puisse me souvenir, étaient contre. À mon avis, nous n'en avons pas besoin. Je crois comprendre que c'est également votre opinion et je vous en félicite.

My question concerns clauses 5 and 53. For a few years there has been a tendency to framework legislation. That is not particular to this bill, but has been used for many difficult bills. It is legislation by regulation. It is always difficult. Section 53 is quite vague. In clause 5, the Governor in Council may do a great deal by regulations.

Clause 5(2) states:

(2) The Minister shall cause a copy of each proposed regulation made pursuant to sections 17, 32, 53, 61, 102, 116 and 150 to be laid before each House of Parliament, and each House shall refer the proposed regulation to the appropriate Committee of that House.

I agree 100 per cent with that. However, the next paragraph worries me:

(3) A proposed regulation that has been laid before each House of Parliament under subsection (2) does not need to be so laid again, whether or not it has been altered.

If it has been altered it should be deposited. I cannot understand that. If you amend a regulation, and you have the right to do it — the Governor in Council has the right to do it, providing it is within the mandate given by section 43 — and if there is no abuse, it is perfectly legal. Why is that subparagraph included?

If a regulation is not altered, there is no need to lay it down again, but if a regulation is altered, that means the law has been changed. We have to know what the law is because, after all, we are a legislative house.

Could you please explain why that paragraph is there?

Ms Caplan: Yes I will, senator. First, I would like to say that the existing immigration legislation is framework legislation accompanied by significant regulatory authority, and this bill is no different. Bill C-11 reflects the commitment we have made, and we believe all rights and all policies should be contained in the legislation. It is the regulations that, if you will, put the meat on the bones. Your first question concerned the framework legislation. That exists today, not only here, but also in existing legislation.

The second part of your question was how we do the regulatory procedure. I am aware that concerns have been expressed at this committee about how long it will take us to complete the regulations. The procedure for regulations is such that we cannot begin until we have Royal Assent. After we have Royal Assent we will pre-publish and send the regulatory proposals formally to the senate and commons committees. We have already given them to you informally and advised you of our thinking on them. We want your advice. We then gazette the regulations. There is an additional period of time up to 90 days, I believe, for comments before they are proclaimed.

Ma question porte sur les articles 5 et 53. Depuis quelques années, la tendance a été aux lois cadres. Cela n'est pas spécifique à ce projet de loi, mais cette méthode a été utilisée pour de nombreux projets de loi difficiles. C'est une forme de législation par règlement. C'est toujours difficile. L'article 53 est plutôt vague. En vertu de l'article 5, le gouverneur en conseil peut faire beaucoup de choses par voie de règlements.

Le paragraphe 5(2) stipule:

(2) Le ministre fait déposer tout projet de règlement pris en vertu des articles 17, 32, 53, 61, 102, 116 et 150 devant chaque Chambre du Parlement et la Chambre renvoie ce projet de règlement à son comité compétent.

Je suis à 100 p. 100 d'accord avec cela. Toutefois, le paragraphe suivant me soucie quelque peu:

(3) Il n'est pas nécessaire de déposer de nouveau le projet de règlement devant le Parlement même s'il a subi des modifications.

S'il a subi des modifications, il devrait être déposé. Je ne peux pas comprendre cela. Si vous modifiez un règlement et que vous avez le droit de le faire — le Gouverneur en conseil a le droit de le faire, à condition que ce soit dans le cadre du mandat conféré par l'article 43 — et s'il n'y a rien d'abusif, c'est parfaitement légal. Pourquoi ce paragraphe est-il inclus dans ce projet de loi?

Si un règlement n'est pas modifié, il n'y a pas de raison de le déposer à nouveau, mais si un règlement est modifié, cela signifie que la loi a été changée. Nous devons savoir quelle est la loi car, après tout, nous sommes une assemblée législative.

Auriez-vous l'obligeance de m'expliquer pourquoi ce paragraphe est là?

Mme Caplan: Avec plaisir, sénateur. Premièrement, j'aimerais préciser que la loi actuelle sur l'immigration est une loi cadre, accompagnée de nombreux pouvoirs de réglementation, et le présent projet de loi n'est pas différent. Le projet de loi C-11 traduit l'engagement que nous avons pris, et nous pensons que tous les droits et toutes les politiques devraient être inclus dans la législation. Ce sont les règlements qui, si vous voulez, donnent du corps à la législation. Votre première question concernait la loi cadre. C'est ce qui existe aujourd'hui, pas seulement en ce qui concerne le texte qui nous intéresse, mais aussi en ce qui concerne la loi actuelle.

La deuxième partie de votre question portait sur la façon dont nous gérons la procédure réglementaire. Je sais que des craintes ont été exprimées devant ce comité au sujet de temps qu'il nous faudra pour compléter le Règlement. La procédure d'établissement du Règlement est ainsi faite que nous ne pouvons rien entreprendre avant d'obtenir la sanction royale. Une fois obtenue cette sanction royale, nous pré-publierons et enverrons officiellement une ébauche du Règlement aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Nous vous l'avons déjà transmise officieusement et nous vous avons informés de la perspective dans laquelle s'inscrit pour nous ce document. Nous sollicitons votre avis. Nous publierons ensuite le Règlement dans la gazette. Il y a ensuite une période additionnelle allant jusqu'à 90 jours, si je ne

Thus, there are many opportunities to see if we listened and if we took the advice that came from the committees. However, if that section was not included, then we would forever have to return to it even if one word was changed. We would never be able to move forward, given the volumes that we have with anything other than regulatory oversight.

The proposal that is in place, which has worked well over the course of time, would be first to do a pre-publication. After that you would give us your advice, do a full gazetting, give us your advice again, and then, we get on with implementation of the bill and the regulations together.

Senator Beaudoin: It is the bill that is important. Delegated legislation is subject to the bill, and the bill is Parliament. This is my argument. I agree that we need clause 43 and I agree that we have to make regulations, and, of course, it should be within clause 53. Assuming that is always the case, it is well and good, but paragraph 5(3) worries me.

A copy of each proposed regulation should be laid before each House. I agree that you may change your mind because such is the human spirit. Changes can be needed in light of the circumstances. But why is that? You may alter the proposed regulation and not lay out the changes before the two Houses of Parliament. To me, that is a complete mystery.

Ms Caplan: Senator Beaudoin, paragraph 5(3) refers only to the regulations. Any changes in legislation must be referred back to the House of Commons and, of course, come before the Senate again. It is the regulatory framework, the process of which has been around for a long time. This paragraph simply restates that process, which has been in place for a long time in Canada and has worked well.

Senator Beaudoin: Yes, but it is not because it was good for many years that it remains in the law. In my opinion, it is about time that we dropped those paragraphs, if they have existed for so many years.

Ms Caplan: I can only tell you that the vision we have from our lawyers is that everything in this bill is legal and will meet the test of our laws in Canada and our Charter.

The Chairman: Briefly, the issue is not whether it is legal. The issue is the difficulty with the process that states the government will lay before both Houses of Parliament proposed regulations, and, if they decide to change them, they do not need to lay the new ones. That is what paragraph 5(3) states. That is the part that is disconcerting in the sense that one set of regulations could be laid out one day, put them down, take them back the next day, totally change the regulations, and we would never see them.

Senator Grafstein: That is not correct. There is a Statutory Instruments Act that deals with this. Senator Beaudoin knows that. I am not here to defend the minister because I have other

me trompe, pour permettre les commentaires avant la promulgation.

Ainsi, il y a de nombreuses possibilités de vérifier si nous avons écouté et si nous avons pris en compte ce qui est venu des comités. Toutefois, si cet article n'était pas inclus, il faudrait que nous revenions sans arrêt, même si un seul mot était changé. Nous ne pourrions jamais avancer, vu le volume des demandes à traiter, et il nous serait impossible de faire quoi que ce soit d'autre que de nous plier aux exigences réglementaires.

Nous nous proposons, selon une méthode qui s'est avérée satisfaisante par le passé, de commencer par une pré-publication. Ensuite, vous pourriez nous communiquer votre avis, nous procéderions à la publication dans la gazette, vous pourriez nous donner à nouveau votre avis, puis nous passerions à la mise en oeuvre du projet de loi et du Règlement, en même temps.

Le sénateur Beaudoin: C'est la loi qui est importante. La législation subordonnée est soumise à la loi et par la loi, c'est le Parlement qui s'exprime. Tel est mon raisonnement. Je reconnais que nous avons besoin de l'article 43 et je suis d'accord, nous devons énoncer des règlements, et bien sûr, cela devrait se faire dans le cadre de l'article 53. En présumant que c'est toujours le cas, tout est pour le mieux, mais le paragraphe 5(3) me préoccupe.

Copie de chaque règlement envisagé devrait être soumise à chaque Chambre. Je reconnais que vous pouvez changer d'avis, c'est humain. Des changements peuvent s'avérer nécessaires au vu des circonstances. Mais pourquoi cette disposition? Vous pouvez modifier le règlement proposé et ne pas déposer les changements devant les deux Chambres du Parlement. Pour moi, c'est tout à fait incompréhensible.

Mme Caplan: Sénateur Beaudoin, le paragraphe 5(3) ne concerne que le Règlement. Toute modification de la loi doit être renvoyée devant la Chambre des communes et bien sûr, être présentée à nouveau au Sénat. Il s'agit du cadre réglementaire, d'une procédure qui existe depuis longtemps. Ce paragraphe ne fait que confirmer cette procédure, qui est en place depuis longtemps au Canada et qui fonctionne bien.

Le sénateur Beaudoin: Effectivement, mais ce n'est pas parce qu'elle a bien fonctionné pendant de nombreuses années qu'elle doit rester dans la loi. À mon avis, le moment est venu de supprimer ces alinéas, si cela fait tant d'années qu'ils existent.

Mme Caplan: Tout ce que je peux vous dire, c'est que, selon nos avocats, tout ce que contient ce projet de loi est légal et s'avérera conforme à nos lois et à la Charte du Canada.

Le président: Bref, la question n'est pas de savoir si c'est légal. Ce qui est en question, c'est le problème que soulève un processus qui prévoit que le gouvernement dépose devant les deux Chambres du Parlement les règlements qu'il propose et que, s'il décide de les changer, il n'a pas besoin de soumettre les nouveaux. C'est ce que stipule le paragraphe 5(3). C'est ce qui est déconcertant, vu que le gouvernement pourrait énoncer une série de règlements un jour, les soumettre, les reprendre le jour suivant et les changer de fond en comble, et nous ne les verrions jamais.

Le sénateur Grafstein: Ce n'est pas exact. Il y a une loi, la Loi sur les textes réglementaires, qui traite de la question. Le sénateur Beaudoin le sait. Je ne suis pas ici pour défendre la ministre, car le

problems with the bill, but we do have a process that deals exactly with this issue. Otherwise, the minister is put in the position where she has endless regulation.

Senator Fairbairn: As others have noted, we have heard many opinions this week, and many concerns as well.

I would like to return to a concern raised by you in your opening remarks, and also raised by Senator Beaudoin. It was startling to hear from a group of former senior public servants talking about the possibility of using the recommendation to use the notwithstanding clause. I ask the question because it was even further suggested that, if that was not on, then the government should then go so far as to consider a constitutional amendment in order to deal with the notion of the upfront human rights of refugees coming into this country.

I would like a further comment from you on that issue, because that was about as fundamental as anything that we have heard. I would like your views, please.

Ms Caplan: Senator Fairbairn, I believe the terrorists win if they force us to give up the values that we cherish; the rule of law and due process. I do not think we can let them win. More than that, I do not think Canadians want us to respond in a way that would send the message that we do not believe we can maintain the balance that Canada has been so proud of, and that is, of course, security, protection, health and safety. These are absolute priorities. At the same time, as a proud signatory of the Geneva Convention, we welcome people who are fleeing persecution and we want to give them the opportunity to tell their story in a fair way. To those people who do not agree with me, I say we will just have to agree to disagree. I believe Canadians expect us to protect those values that we cherish and to find that balance.

We can do that, not just with this bill, but with the approach that the government is now taking. We will be working internationally with our partners to share intelligence and to do everything we can to prevent the kind of terrorist attacks and horrors that we saw from ever happening again.

Senator Fairbairn: In another area of an oft repeated comment that we heard from many of the presenters was the figure of 27,000 in respect of people who are perceived to be here somewhere in the shadows; people who do not qualify and who should be sent out of Canada. We do not know who these people really are or where they are. One of the difficulties in addressing the bill is the context for which it was not initially designed to specifically deal with. That has raised some of these security questions to a height that they might not otherwise have been raised.

projet de loi me pose d'autres problèmes, mais nous disposons d'un processus qui s'applique précisément à cette question. Autrement, la ministre se retrouverait confrontée à des questions de réglementation à n'en plus finir.

Le sénateur Fairbairn: Comme d'autres l'ont déjà fait remarquer, nous avons entendu de nombreuses opinions cette semaine ainsi que beaucoup de réserves.

J'aimerais revenir sur un point important que vous avez soulevé dans vos remarques liminaires et qui a également été abordé par le sénateur Beaudoin. J'ai trouvé étonnant d'entendre un groupe d'anciens hauts fonctionnaires évoquer la possibilité d'invoquer la disposition dérogative, comme certains l'ont recommandé. Je pose la question, car il a de plus été suggéré que, si l'on n'en avait pas l'intention, le gouvernement devrait aller jusqu'à envisager une modification de la constitution, afin de faire un sort à la notion des droits humains fondamentaux des réfugiés qui viennent dans notre pays.

J'aimerais que vous développiez un peu plus la question, car il s'agit sans doute de l'une des choses les plus fondamentales que nous ayons entendues. Je serais heureuse d'entendre votre point de vue.

Mme Caplan: Sénateur, je pense que les terroristes gagnent s'ils parviennent à nous forcer à renoncer aux valeurs que nous chérissons; la primauté du droit et la notion d'application régulière de la loi. Je ne pense pas que nous devrions les laisser gagner. Plus encore, je ne crois pas que les Canadiens souhaitent que nous réagissions de façon telle qu'on pourrait en déduire que nous ne pensons pas pouvoir préserver l'équilibre dont le Canada se montre si fier et qui repose bien entendu sur la sûreté, la protection, la santé et la sécurité. Ce sont des priorités absolues. En même temps, en tant que fiers signataires de la Convention de Genève, nous accueillons les gens qui fuient les persécutions et nous voulons leur donner la possibilité de nous décrire leur situation dans les meilleures conditions. À ceux qui ne sont pas d'accord avec moi, je réponds simplement qu'il faudra que nous acceptions de ne pas être d'accord. Je crois que les Canadiens s'attendent à ce que nous défendions ces valeurs, qui nous sont les plus chères, et que nous parvenions à maintenir cet équilibre.

Nous pouvons le faire, pas uniquement grâce à ce projet de loi, mais à travers l'approche que le gouvernement a choisi d'adopter. Nous allons collaborer à l'échelle internationale avec nos partenaires, partager les renseignements et faire ce qui est possible pour prévenir ce genre d'attaque terroriste et empêcher que les choses épouvantables dont nous avons été témoins se reproduisent.

Le sénateur Fairbairn: Il y a un autre point qui a fait l'objet de remarques répétées par un grand nombre d'intervenants: ces 27 000 personnes qui sont censées être là, dans l'ombre; ces gens qui ne satisfont pas aux critères et qui devraient être renvoyés du Canada. On ne sait pas qui ils sont vraiment ni où ils se trouvent. Une des difficultés auxquelles nous confronte l'examen du projet de loi, c'est le contexte dans lequel il s'inscrit et qu'il n'était pas prévu à l'origine de prendre spécifiquement en compte dans ce texte. Cela fait que certaines de ces questions en sont arrivées à prendre une importance qu'elles n'auraient pas eue autrement.

The Canadian people have a notion that there are thousands of people somewhere in Canada who should be identified and on their way out who cannot be found or recognized. That impression has been left. Can you deal with that at a certain comfort level, particularly in view of the immediate context?

Ms Caplan: I appreciate the opportunity to be able to clarify. I would like to repeat again, where we have evidence that any individual poses a threat, a risk to Canada, we move to detain. We give that information to the RCMP or police authorities. We work very closely with them to arrest those people who pose a risk or danger where we have evidence.

There is a "24-7" call centre. It operates 7 days a week, 24 hours a day. All police forces call if they have someone for whom there might be an outstanding warrant. We work very closely together to identify those people and then they are detained until removal if we have identified them. Wherever there is a risk, detention is the option.

Who are some of those others? We know in other countries the numbers of people living underground are very high. The estimates have been in the millions for both Europe and the United States.

You have you referred to the number of 27,000 people. We think that a number of those people have left. We do not stop anyone from leaving Canada. Those who are unwelcome, and for whom there are arrest warrants on a deportation order, we believe, leave. They leave because they have papers to get to another country, and they do not want to be subjected to a formal deportation. We also know that some of them are in jail. Warrants are issued when they are in jail, and as soon as they are out of jail they are removed.

We also know that some of those people are visitor visa overstays. A person comes on a visitor visa that was good for six months. The person overstays. A warrant is issued when a person overstays a visitor or student visa.

Unfortunately, failed refugee claimants have been represented as a significant number of these. It is also important that people know that when someone makes a refugee claim in Canada, he or she is fingerprinted, a photograph is taken and there is a preliminary security check through all of the databases to attempt to identify those who poses a risk. If we do, these people are arrested. If we do not, they proceed to the IRB.

On the issue of abandoned claims, people who do not show up, where we have belief that they will not show up for a hearing, that is grounds for detention. However, we must have evidence to support why we think that they are not going to appear.

La population canadienne a l'impression qu'il y a des milliers de gens, ici et là au Canada, qui devraient être identifiés et renvoyés, mais que l'on ne peut pas trouver ni reconnaître. Cette impression demeure. Pouvez-vous faire face à cette situation sans trop d'inquiétude, particulièrement compte tenu du contexte actuel?

Mme Caplan: Je suis heureuse d'avoir l'occasion de clarifier les choses. Je voudrais répéter à nouveau que lorsque nous avons des preuves qu'un individu représente une menace, un risque pour le Canada, nous prenons des mesures pour le faire arrêter. Nous transmettons l'information à la GRC ou aux autorités policières. Nous collaborons étroitement avec eux pour arrêter ceux qui posent un risque ou représentent un danger quand nous avons des indices.

Nous avons un centre d'appel «24-7». Il fonctionne sept jours par semaine, 24 heures par jour. Toutes les forces policières appellent si elles détiennent quelqu'un qui pourrait faire l'objet d'un mandat non exécuté. Nous collaborons étroitement pour retrouver ces gens-là, qui sont ensuite détenus jusqu'à leur renvoi si nous les avons identifiés. Chaque fois qu'il y a un risque, la détention est la solution.

Qui sont certains de ces gens-là? Nous savons que dans d'autres pays le nombre des gens qui y vivent clandestinement est très élevé. On a estimé qu'ils se comptaient par millions, aussi bien en Europe qu'aux États-Unis.

Vous avez parlé de 27 000 personnes. Nous pensons que plusieurs de ces gens-là sont partis. Nous n'empêchons personne de partir du Canada. Ceux qui ne sont pas bienvenus et qui sont sous le coup d'un mandat d'arrestation suite à une mesure d'expulsion partent, je crois. Ils partent parce qu'ils ont des papiers pour entrer dans un autre pays et qu'ils ne veulent pas faire l'objet d'une expulsion formelle. Nous savons également que certains d'entre eux sont en prison. Des mandats sont émis lorsqu'ils sont en prison et dès qu'ils sont libérés, ils sont renvoyés.

Nous savons aussi que certains d'entre eux sont des titulaires de visas de touriste qui ont indûment prolongé leur séjour. Il y a des gens qui arrivent avec un visa de visiteur valide six mois et qui décident de prolonger indûment leur séjour. Un mandat est émis si quelqu'un prolonge sans autorisation le séjour accordé par son visa de visiteur ou d'étudiant.

Malheureusement, on a prétendu que parmi ces gens-là, il y avait beaucoup de demandeurs du statut de réfugié qui avaient été déboutés. Il est important que les Canadiens sachent que lorsque quelqu'un revendique le statut de réfugié au Canada, on lui prend ses empreintes digitales, on le photographie et on procède à un contrôle sécuritaire préliminaire à travers toutes les bases de données afin de tenter d'identifier ceux qui représentent un risque. S'ils représentent un risque, ils sont arrêtés, si ce n'est pas le cas, ils sont dirigés sur la CIRB.

En ce qui concerne la question des revendications abandonnées, des gens qui ne se présentent pas, quand nous pressentons qu'ils ne se présenteront pas à une audience, c'est un motif qui autorise leur détention. Toutefois, nous devons posséder des preuves montrant pourquoi nous pensons qu'ils ne vont pas comparaître.

Others sometimes use abandoned claims to delay the process. A person withdraws and abandons a claim and then comes back and makes another claim. Bill C-11 will stop that. That is considered abuse.

If you have withdrawn or abandoned your claim, you will not be given access to the IRB a second time. Instead, you will go to the pre-removal risk assessment. If the circumstances are that you are in need of protection, you will be granted that protection. If not, you are removed.

There is the same arrangement for repeat claims. Bill C-11 does not permit repeat claims. We know that is another area of frustration. You will get one chance to go to the IRB. If you return to say that circumstances have changed and you want to tell your story, the place that you will do that is at a pre-removal risk assessment, which is part of our international obligation but not the full refugee determination system. That is another way in which we are streamlining this.

All of that should allow us to improve removals. Removals are a challenge for all countries. Canada, over the last five years, removed 45,000 people. In the last year alone, we removed over 8,600, 5,700 of which were failed refugee claimants and 1,700 were criminally inadmissible to Canada.

We also believe that prevention is a way in which to respond. We have had for 12 years an international immigration control officer network that works with countries around the world. Documents are checked before people get on trains and airlines to Canada or to North America. Other countries are using that as a model and developing networks that will work with each other so that it is not necessary to have five people from five different countries doing the same thing. We are co-operating and sharing information with other countries. Last year alone we stopped 6,000 people coming to Canada from overseas. At the Canada-U.S. border we stopped 21,000 people who were reported as inadmissible to Canada.

There are many numbers that could be given. There are always concerns on how we could improve everything that we do. To suggest that because there are 27,000 people who have deportation orders issued against them is in some way a problem that is out of proportion with that which other countries are dealing is not accurate.

Senator Di Nino: Minister, I would like to applaud your effort to improve legislation that hopefully will tell many around the world that Canada is open and welcoming of new citizens.

You and I come from a part of the country that probably has benefited more than others from immigration. I am not sure if we could quantify it. I can assure you that along the way I will be standing beside you, and in front of you if necessary, to assist you

D'autres utilisent parfois des revendications abandonnées pour retarder le processus. Certains retirent et abandonnent leur revendication, puis reviennent et soumettent une autre demande. Le projet de loi C-11 mettra fin à ce stratagème. Nous considérons qu'il s'agit d'un recours abusif.

Si vous avez retiré ou abandonné votre revendication, on ne vous donnera pas accès une deuxième fois à la CISR. Au lieu de cela, vous ferez l'objet d'un examen des risques avant renvoi. Si les circonstances montrent que vous avez besoin de protection, on vous accordera cette protection. Dans le cas contraire, vous serez renvoyé.

Il y a un arrangement semblable pour les revendications qui se répètent constamment. Le projet C-11 ne permet pas les revendications répétées. Nous savons que c'est un autre domaine porteur de frustration. Vous aurez une chance de vous adresser à la CISR. Si vous revenez en disant que les circonstances ont changé et que vous souhaitez expliquer en quoi, cela se fera dans le cadre de l'examen des risques avant renvoi, qui fait partie de notre obligation internationale, mais pas du processus global de reconnaissance du statut de réfugié. Voilà une autre façon dont nous rationalisons les choses.

Tout cela devrait nous permettre d'améliorer le processus de renvoi, qui fait problème dans tous les pays. Au cours des cinq dernières années, le Canada a renvoyé 45 000 personnes. Rien que l'année dernière, nous en avons renvoyé plus de 8 600, dont 5 700 demandeurs déboutés et 1 700 interdits de territoire canadien pour cause de criminalité.

Nous pensons aussi que la prévention est une solution. Depuis 12 ans, nous disposons d'un réseau international d'agents de contrôle de l'immigration qui collaborent avec des pays du monde entier. Les documents sont contrôlés avant que les gens montent dans des trains ou des avions à destination du Canada ou de l'Amérique du Nord. Plusieurs pays s'inspirent de notre système et mettent en place des réseaux qui collaboreront pour qu'il ne soit pas nécessaire d'avoir cinq personnes dans cinq pays différents qui font la même chose. Nous coopérons et partageons les renseignements avec d'autres pays. Rien que l'an dernier, nous avons intercepté 6 000 personnes qui arrivaient d'outre-mer. À la frontière canado-américaine, nous avons intercepté 21 000 voyageurs considérés comme interdits de territoire canadien.

Je pourrais vous donner beaucoup d'autres statistiques. Nous cherchons toujours à voir comment nous pourrions améliorer tout ce que nous faisons. Prétendre que parce qu'il y a 27 000 personnes qui font l'objet de mesures d'expulsion, c'est un problème qui est plus grave que celui auquel font face d'autres pays n'est tout simplement pas exact.

Le sénateur Di Nino: Madame la ministre, j'applaudis vos efforts pour améliorer la législation d'une manière qui, j'espère, indiquera à beaucoup de gens à travers le monde que le Canada se montre ouvert et accueille volontiers de nouveaux citoyens.

Vous et moi venons d'une région du pays qui a sans doute bénéficié plus que d'autres de l'immigration. Je ne suis pas sûr qu'on pourrait l'évaluer quantitativement. Je peux vous assurer qu'en cours de route, vous me trouverez à vos côtés et devant

in making sure that we continue to have an open arms policy to attract the best that we can.

I must admit that I am very disturbed about what has been happening, as I have said in the Senate, and I am sure that your officials have given you the gist of my speech. I will not quote all of your comments to the media over the past number of weeks but, in effect, you have said, "This is a good bill, pass it, I need it quickly."

We have heard from practically every witness who has come here that there is enough power and authority in the existing act. I know you that have addressed it. However, witness after witness after witness has said that the only thing that the department needs is the money that was taken away — which has taken away the ability to do the job.

You came to us and said that you need this bill right away. We hear, including from your own officials, that there is no way that this bill will see the light of day until maybe the spring. I would like to quote one exchange with a witness regarding the timing of the implementation of the bill.

Ms Atkinson: We would be looking at 2002. Spring would be earliest.

The Chairman: March 1 is being generous.

Ms Atkinson: That will be a challenge.

The Chairman: In Ottawa, it is not spring in March.

We in the Senate have perceived a disrespect for the institution. We have heard from numerous witnesses who have used comments like "smoke and mirrors" and "window dressing." They say that the department wants to give Canadians a false sense of security. One said that he believes that the purpose of this is to give Canadians a feeling that something is being done.

Madam Minister, you said a moment ago in response to my criticism that you will have this implementation and the regulations very soon. What do you mean by very soon?

Ms Caplan: That is a very good question that I want to clarify, and Ms Atkinson is here. I heard what she said, and it has been misinterpreted to some degree.

The suggestion that we will not have the regulations completed until the spring is false. The regulations started development when the bill was before the standing committee. We tabled the first working paper. The standing committee tabled an updated version with you. Any suggestion that the justice department drafters are in any way delaying the regulations is simply wrong.

You are experienced senators and you know that legislation and implementation of an important reform has steps. Legally, there is

vous, si nécessaire, pour vous aider à faire en sorte que nous continuons d'avoir une politique d'accueil à bras ouverts pour attirer les meilleurs candidats.

Je dois admettre que je suis très troublé par ce qui est en train de se passer, comme je l'ai dit au Sénat, et je suis sûr que vos fonctionnaires vous ont fait part de l'essentiel de mon discours. Je ne vais pas me mettre à citer tous les commentaires que vous avez faits aux médias au cours des dernières semaines mais, en fait, vous avez dit: «Il s'agit d'un bon projet de loi, adoptez-le, j'en ai besoin rapidement».

Nous avons entendu de la bouche de pratiquement tous les témoins qui sont venus ici que la loi actuelle offre suffisamment de pouvoirs et d'autorité. Je sais que vous en avez déjà parlé. Toutefois, les témoins, les uns après les autres, ont déclaré que la seule chose qui manque au ministère, ce sont les crédits qui ont été supprimés — ce qui a supprimé la possibilité de faire le travail nécessaire.

Vous êtes venue nous dire que vous aviez besoin de ce projet de loi immédiatement. On nous dit, notamment vos propres fonctionnaires, qu'il est impossible que ce projet de loi soit adopté avant, peut-être, le printemps. J'aimerais citer un échange qui a eu lieu avec un témoin concernant le moment choisi pour la mise en oeuvre du projet de loi.

Madame Atkinson: On parle de 2002. Au plus tôt, au printemps.

Le président: Le 1^{er} mars serait optimiste.

Mme Atkinson: Ce sera tout un défi.

Le président: À Ottawa, ce n'est pas le printemps au mois de mars.

Nous avons perçu au Sénat un certain manque de respect à l'égard de l'institution. Nous avons entendu de nombreux témoins faire des commentaires du genre «écran de fumée» et «façade». Ils soutiennent que le ministère cherche à donner aux Canadiens une fausse impression de sécurité. L'un d'entre eux a déclaré que, selon lui, le but de la manœuvre est de donner aux Canadiens le sentiment que l'on fait quelque chose.

Madame la ministre, vous avez déclaré il y a quelques instants, en réponse à ma critique, que la mise en oeuvre du projet de loi et du Règlement se fera très bientôt. Qu'entendez-vous par très bientôt?

Mme Caplan: C'est une très bonne question sur un point que je souhaite clarifier, et Mme Atkinson est ici. J'ai entendu ce qu'elle a dit, et ses propos ont été quelque peu mal interprétés.

Laisser entendre que le Règlement ne sera pas terminé avant le printemps est erroné. On a commencé à l'élaborer quand le projet de loi était examiné par le comité permanent. Nous avons déposé le premier document de travail. Le comité permanent vous a transmis une version actualisée. Prétendre que les rédacteurs du ministère de la Justice diffèrent d'une manière quelconque la rédaction du Règlement est tout simplement faux.

Vous êtes des sénateurs expérimentés et vous savez que légiférer et mettre en oeuvre une importante réforme se fait par

not disrespect, senators, but complete respect for the rule of law and the process of Parliament.

The first step is we must have the bill. The bill then receives Royal Assent. We then proceed with pre-publication of the regulations, which, as I have told you, are almost complete. Out of respect for the process, they will not be complete until we have the bill.

Then there is gazetting of those regulations after committees of the House have had an opportunity to give us their advice. Again, we respect that. We want your advice. As soon as we have those regulations, the department will be able to say, "Here are the new rules." We must train our employees and begin implementation as quickly as possible.

Based on the advice that we have received — the debates in the House, the discussions here at committee — we are anticipating that we will be able to move ahead more quickly with certain provisions, and we have already, under existing legislation, moved to intensify security. Implementation of training has already begun. With the gazetting of the regulations, we will be able to intensify that training because we hope that by that point there will be a general consensus on what the regulations will be.

The bill and the regulations are integral, and this is a major reform. The deputy and I have discussed, on numerous occasions, the fact that every decision that is made by our department is subject to judicial oversight. That is something of which we are proud in Canada. The courts review what we do. That means we have to get it right.

My statement to you is we need the bill to get the regulations to be able to implement. We want to do it as quickly as possible because this bill gives us important new tools. I am asking for your help.

Senator Di Nino: Is it fair for me to ask you to give us a timeframe when you think this bill can be implemented, assuming the process is as you suggested?

Ms Caplan: We are hoping that the regulations will be passed in the winter and that the bill will be implemented in the spring with all the Is dotted and the Ts crossed.

Once we have legislative authority, we will move to implement by policy that which we can implement by policy, and we have already begun, as I said. We are on a high state of alert at the borders. We have additional resources targeted there. We started to do in-depth security screening, but, frankly, senator, the bill allows us to ease our ability to deny access to refugee determination, which the existing legislation does not. If we get information we are subject, at this point, to the very cumbersome process of the existing legislation. If we get the proposed new legislation, we will be able, as soon as we possibly can, to move to more streamlined procedures that will be in the interest of all Canadians.

étapes. En droit, nous ne faisons preuve d'aucun manque de respect, sénateurs, au contraire, nous respectons totalement la primauté du droit et le processus parlementaire.

En premier lieu, nous devons avoir un projet de loi. Celui-ci reçoit ensuite la sanction royale. Nous procédons alors à la pré-publication du Règlement lequel, comme je vous l'ai dit, est presque terminé. Par respect du processus, on n'y mettra pas la dernière main avant l'approbation du projet de loi.

Ensuite, ce Règlement est publié dans la gazette une fois que les comités de la Chambre ont eu la possibilité de nous faire part de leur avis. Là encore, nous respectons la procédure. Nous souhaitons avoir votre avis. Dès que nous aurons ce Règlement, le ministère pourra dire: «Voici les nouvelles règles». Il faudra former le personnel et commencer à les appliquer aussi rapidement que possible.

En nous fondant sur les avis que nous avons reçus — les débats à la Chambre, les discussions ici même, au comité — nous prévoyons que nous serons en mesure de procéder plus rapidement en ce qui concerne certaines dispositions, et nous avons déjà, en vertu de la loi actuelle, pris des mesures pour intensifier la sécurité. La formation est déjà en route. Après la publication du Règlement dans la gazette, nous pourrions accélérer cette formation car nous espérons qu'à ce moment-là, il y aura consensus sur la teneur des règlements.

Le projet de loi et le Règlement forment un tout, et il s'agit d'une réforme majeure. J'ai, à de nombreuses occasions, discuté avec le sous-ministre du fait que chaque décision qui est prise par notre ministère est soumise à un contrôle judiciaire. C'est quelque chose dont nous sommes fiers au Canada. Les tribunaux examinent ce que nous faisons. Cela signifie que nous devons agir dans les règles.

Ce que je vous dis, c'est que nous avons besoin du projet de loi pour finaliser le Règlement et mettre en oeuvre la législation. Nous souhaitons que cela se fasse aussi vite que possible, car ce projet de loi nous donne d'importants nouveaux instruments. Je vous demande votre aide.

Le sénateur Di Nino: Puis-je me permettre de vous demander de nous donner une idée de la date à laquelle vous pensez que ce projet de loi pourra être mis en oeuvre, en presumant que le processus que vous avez suggéré soit suivi?

Mme Caplan: Nous espérons que le Règlement sera adopté pendant l'hiver et que le projet de loi, avec tous les points sur les i, sera mis en oeuvre au printemps.

Une fois que nous aurons l'autorité législative, nous appliquerons les mesures qui peuvent l'être par le biais de politiques, ce que nous avons déjà commencé à faire, comme je l'ai dit. Mais nous sommes en état d'alerte maximum aux frontières. Nous avons détaché des ressources additionnelles. Nous avons commencé à faire des contrôles sécuritaires approfondis mais, je vous le dis franchement, sénateurs, le projet de loi nous permet de refuser l'accès à la procédure de reconnaissance du statut de réfugié plus facilement qu'en vertu de la loi en vigueur. Si nous obtenons une information, à l'heure actuelle, nous sommes tenus de respecter la très lourde procédure prévue par la loi en vigueur. Avec le nouveau projet de loi, nous serons en mesure, dans les meilleurs

Senator Di Nino: We will still start in the spring at the earliest.

Ms Caplan: That is for implementation. It is important to differentiate. I had the impression that this committee was suggesting that we were not going to have regulations until spring. That is not true.

Senator Keon: Madam minister, my question relates to the bill and its relationship to the regulations and the relationship of the bill to the urgency of the situation.

There were strong suggestions from some of the witnesses that the bill is based on a dysfunctional framework, to a degree. Nothing in the bill spells out the interdepartmental co-operation and linkages between police services, CSIS, RCMP and Customs and Immigration that would put the teeth in the system to allow you to deal with the urgent matters at hand.

It is obvious if the bill receives passage early this will have to be dealt with in the regulations, or it appears obvious that it would have to be dealt with within the regulations to get these people networking at a better level than they have in the past.

Is it your intent to deal with that in the regulations at this point?

Ms Caplan: In fact, senator, we believe those are operational issues. At the present time, customs, CSIS and the RCMP are important partners with our department and we work very closely together. It is important for the changes in the bill to be ready and to understand those changes, and, therefore, training will be required not only for immigration officers but for others.

You are quite correct, Canada Customs and Revenue Agency, CCRA, is the primary inspection line in Canada. Immigration is the secondary inspection line. We work closely with customs because those officers have to be trained under the new legislation to know what to look for and what questions to ask on behalf of immigration and who to refer to the secondary inspection line.

We have, I believe, 2,400 customs officers across the country. We have 5,000 employees around the world through Citizenship and Immigration. Training is an important component.

CSIS does all the security work for our department. We rely on the RCMP when it comes to working with our department to secure arrests of individuals. We also have very close relationships with provincial and regional policing authorities, and that is where our "24-7" warrant centre supports all enforcement in police forces across the country.

I do not want to minimize the challenge, but they work very well together, and I have been very proud of the response of Canadian enforcement agencies over the last month as they have

délais, de passer à des procédures simplifiées qui seront dans l'intérêt de tous les Canadiens.

Le sénateur Di Nino: Tout cela ne commencera quand même qu'au printemps, au plus tôt.

Mme Caplan: En ce qui concerne la mise en oeuvre. Il est important de faire la différence. J'ai eu l'impression que le comité suggérait que nous n'allions pas avoir le Règlement avant le printemps. Ce n'est pas vrai.

Le sénateur Keon: Madame la ministre, ma question porte sur le projet de loi et sa relation avec le Règlement, et sur la relation entre le projet de loi et l'urgence de la situation.

Plusieurs témoins ont fortement suggéré que le projet de loi repose sur un cadre dysfonctionnel, dans une certaine mesure. Rien dans le projet de loi ne stipule la coopération interministérielle ou les liens entre les services de police, le SCRS, la GRC, et Douanes et Immigration qui donneraient le mordant nécessaire au système et vous permettraient de faire face aux problèmes urgents du moment.

Il est évident que si le projet de loi est adopté prochainement, cela devra être pris en compte dans le Règlement — ou plutôt, il semble évident que cela devra être pris en compte dans le Règlement — pour que tous ces gens-là collaborent mieux qu'ils ne l'ont fait dans le passé.

Est-ce pour le moment votre intention de traiter de cette question dans le Règlement?

Mme Caplan: En fait, sénateur, nous considérons qu'il s'agit de questions opérationnelles. À l'heure actuelle, les Douanes, le SCRS et la GRC sont d'importants partenaires de notre ministère et nous collaborons étroitement. Il est important que les changements introduits par le projet de loi soient compris en temps voulu, et une formation devra donc être donnée non seulement aux agents d'immigration, mais à d'autres personnels.

Vous avez tout à fait raison, l'Agence des douanes et du revenu du Canada, l'ADRC, est chargée du premier interrogatoire au point d'entrée. Les services d'immigration mènent le second. Nous collaborons étroitement avec les Douanes, car leurs agents doivent être informés des procédures introduites par la nouvelle loi pour savoir quoi rechercher, quelles questions poser au nom des services d'immigration et qui diriger vers un second interrogatoire.

Il y a, je crois, 2 400 agents de douane qui travaillent d'un bout à l'autre du pays. Et Citoyenneté et Immigration compte 5 000 employés dans le monde entier. La formation est donc un élément important.

Le SCRS assure tout le travail relatif à la sécurité pour notre ministère. Nous comptons sur la collaboration de la GRC pour procéder à l'arrestation de certains individus. Nous entretenons également des relations très étroites avec les autorités policières provinciales et régionales, et notre centre d'appel «24-7» apporte son concours à toutes les forces de police du pays.

Je ne veux pas minimiser le défi que cela pose, mais tous ces services collaborent très bien, et je suis très fière de la réaction des forces de l'ordre canadiennes au cours du mois qui vient de

not only worked together to support Canada but also to provide support for our friends and neighbours in the United States.

Senator Di Nino: Minister, the issue of resources is one concern that has been raised continuously. Nearly all of the participants have made strong statements about how the whole system may collapse due to the lack of resources.

There are two areas — and you touched upon one — that I believe would help relieve the problems that the system has. One is the safe third country concept, and the other one, which you mentioned a moment ago, is the permanent resident card, which I understand is slated for 2003. Both of these have been around for at least ten years, if not longer. Your government has had eight years to deal with these issues, and we are told they have not been dealt with because the resources have not been there to do that. That may have led to many of the problems that would have been avoided if these two issues had been dealt with in a timely process. Could you comment on those?

Ms Caplan: Let me start first with the question of resources. When we received cabinet approval for the policy of Bill C-11, we also received significant new resources to be able to implement the legislation.

Have you ever had a minister come before you who said he or she would not like to have more resources? I will not be the first.

The issue of safe third country is an interesting provision. The Geneva convention permits countries to bilaterally enter into agreements — negotiate agreements — that state a claimant must make his or her refugee claim with the first safe country at which he or she arrives after having fled from the persecution that is claimed. To do that, countries must agree; it cannot be done unilaterally.

It took the European Union a long time to come up with the Dublin Agreement, and frankly, from my discussions with my colleagues in Europe, they are not satisfied with the way that is working.

In North America there have been discussions in the past between officials in the Department of Citizenship and Immigration and the American equivalent. We would require their agreement. For Canada, it is an important issue. You have heard the Prime Minister state that more than 40 per cent of claimants in Canada come via the United States.

While we are always interested in having these discussions for obvious reasons, we do not believe there is a high level of interest. Perhaps it is related to the events of the last month and there are higher priorities right now. Certainly, discussions are ongoing about how we can work together with our American colleagues to achieve border security as well as harmonizing our processes for smoother crossings for trucks and legitimate business travellers in both directions across our borders. We are now examining pilot

s'écouler, car elles ont non seulement collaboré pour aider le Canada, mais aussi pour apporter leur soutien à nos amis et voisins aux États-Unis.

Le sénateur Di Nino: Madame la ministre, la question des ressources est un problème qui a été continuellement soulevé. Pratiquement tous les intervenants ont fait des déclarations vigoureuses sur le risque de voir le système tout entier s'écrouler faute de ressources suffisantes.

Il y a deux mécanismes — et je pense que vous avez brièvement parlé de l'un d'entre eux — qui, selon moi, pourraient contribuer à atténuer les problèmes que pose le système. Le premier est le concept de tiers pays sûr, et l'autre, que vous avez mentionné il y a quelques instants, est la carte de résident permanent, qui est envisagée, si je comprends bien, pour 2003. Ces deux projets sont dans l'air depuis au moins une dizaine d'années, sinon plus. Votre gouvernement a eu huit ans pour les mener à bien, et on nous dit qu'on ne s'y est pas attaqué faute de ressources pour le faire. Il se peut fort bien que cela ait été à l'origine de bien des problèmes qui auraient pu être évités si ces deux questions avaient été traitées en temps voulu. Pourriez-vous nous en dire davantage à ce propos?

Mme Caplan: Permettez-moi d'aborder en premier lieu la question des ressources. Quand nous avons obtenu l'approbation par le Cabinet de la politique du projet de loi C-11, nous avons également reçu d'importantes nouvelles ressources afin de pouvoir procéder à la mise en oeuvre de la législation.

Avez-vous jamais vu un ministre se présenter devant vous et dire ne pas souhaiter disposer de plus de ressources? Je ne serais pas la première.

La disposition sur le tiers pays sûr est intéressante. La Convention de Genève permet aux pays de conclure des ententes bilatérales — de négocier des ententes — stipulant qu'un demandeur du statut de réfugié doit présenter sa revendication au premier pays sûr dans lequel il arrive après avoir fui la persécution dont il prétend être victime. Pour cela, les pays doivent s'entendre; cela ne peut pas être fait unilatéralement.

Il a fallu beaucoup de temps à l'Union européenne pour aboutir à l'Accord de Dublin et, franchement, si je me fie à mes discussions avec mes collègues en Europe, ils ne sont pas satisfaits de la façon dont cela fonctionne.

En Amérique du Nord, il y a eu des discussions par le passé entre les représentants du ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration et leurs homologues américains. Nous aurions besoin de leur accord. Pour le Canada, il s'agit d'un problème important. Vous avez entendu le premier ministre affirmer que plus de 40 p. 100 des gens qui présentent une demande au Canada arrivent par les États-Unis.

Même si nous sommes toujours intéressés par de telles discussions pour des raisons évidentes, nous ne pensons pas que ce soit une question brûlante. Peut-être est-ce lié aux événements du mois passé et au fait qu'à l'heure actuelle, il y a d'autres priorités. En tout cas, des discussions se poursuivent sur la façon dont nous pourrions collaborer avec nos collègues américains pour assurer la sécurité des frontières et harmoniser nos procédures dans le but de faciliter le passage des camions et des voyageurs

projects for ways that we can work with the Americans to make the border function more effectively.

The last point that you raised was the permanent resident card. In my comments I mentioned waiting for the year 2000 to pass. There have been many changes, as you know, in the area of high technology. We are able to do things now with cards that we were not able to do even one or two years ago. We want this card to be tamper-proof, fraud-proof, state of the art, and available as soon as possible. My deputy minister will confirm to you that is on a fast track so that it will be in place before the time line that you mentioned. In fact, currently we are doing everything possible to expedite the implementation of the card.

I will give you a brief explanation of the card. Currently, people who come to Canada as new immigrants are given a piece of paper called the IMM 1000, on which there is typed information and no photograph. There have been concerns that the piece of paper is not tamper- or fraud-resistant. That is what we want to change. The IMM 1000 is used primarily for those who want to come back into Canada to prove that they have legitimate status in Canada. It is a status document. Canadian citizens have passports. New immigrants will have the permanent resident card, which will be their travel document to re-enter Canada.

The deputy minister has confirmed that it is on a fast track and that we are moving ahead with it as quickly as possible.

Senator Di Nino: Can you quantify how much money you received in the last budget? What percentage increase has there been in your budget?

Ms Caplan: We received \$139 million in additional new money. I will ask the deputy minister about our total budget.

Mr. Michel Dorais, Deputy Minister, Department of Citizenship and Immigration: That is about one eighth of the budget.

The Chairman: One-eighth is 12.5 per cent.

Ms Caplan: That is twelve and one half per cent increase.

Senator Grafstein: Minister, I am not a member of this committee but I have a long-standing interest in these issues, coming from Toronto.

Parliament — and you — have a very difficult task in this bill to maintain an exquisite equilibrium between liberty and security. It is where we draw the line and how we draw the line that is important. While I have a number of concerns with the bill, I hope that our focus can be on the problems because I do not want the elusive search for the perfect to drive out the good.

d'affaires légitimes dans les deux directions, d'un côté comme de l'autre de nos frontières. Nous avons actuellement à l'étude des projets pilotes sur la façon dont nous pouvons collaborer avec les Américains pour faire en sorte que les choses fonctionnent plus efficacement à la frontière.

Votre dernière remarque portait sur la carte de résident permanent. Quand j'en ai parlé, j'ai mentionné que nous avions attendu le passage à l'an 2000. Il y a de nombreuses innovations, comme vous le savez, dans le domaine de la haute technologie. Nous pouvons maintenant faire des choses avec les cartes que nous ne pouvions pas faire il n'y a pas plus qu'un an ou deux. Nous souhaitons que cette carte soit inviolable, à l'épreuve des fraudes, dernier cri, et disponible dès que possible. Le sous-ministre vous confirmera qu'on lui accorde priorité et qu'elle sera donc en circulation avant la date butoir que vous avez mentionnée. À dire vrai, nous faisons en ce moment l'impossible pour accélérer sa mise en oeuvre.

Je voudrais vous donner une brève description de cette carte. En ce moment, les nouveaux immigrants qui arrivent au Canada reçoivent un document appelé le IMM 1000, sur lequel figurent des renseignements tapés à la machine et aucune photographie. Certains sont préoccupés par le fait que ce document n'est pas inviolable ou à l'épreuve des fraudes. C'est ce que nous voulons changer. Le IMM 1000 est principalement utilisé par les gens qui veulent rentrer au Canada et qui doivent prouver qu'ils y sont en situation régulière. C'est un document qui indique le statut. Les citoyens canadiens ont des passeports. Les nouveaux immigrants auront la nouvelle carte de résident permanent, qui leur servira de titre de voyage pour rentrer au Canada.

Le sous-ministre a confirmé qu'elle fait l'objet d'une procédure accélérée et que nous faisons aussi vite que possible.

Le sénateur Di Nino: Pouvez-vous chiffrer les crédits que vous avez reçus dans le dernier budget? Quel pourcentage d'augmentation cela représente-t-il?

Mme Caplan: Nous avons reçu 139 millions de dollars de crédits additionnels. Je vais demander au sous-ministre de répondre en ce qui concerne notre budget global.

M. Michel Dorais, sous-ministre, ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration: Cela représente environ un huitième du budget.

Le président: Un huitième, c'est-à-dire 12,5 p. 100.

Mme Caplan: C'est une augmentation de douze et demi pour cent.

Le sénateur Grafstein: Madame la ministre, je ne suis pas membre du comité, mais je m'intéresse depuis longtemps à ces questions, car je viens de Toronto.

Le Parlement — et vous-même — avez la tâche très ardue de préserver dans ce projet de loi un équilibre subtil entre la liberté et la sécurité. La question importante est de savoir où tracer la ligne et comment la tracer. Même si ce projet de loi m'inspire certaines craintes, j'espère que notre attention peut être centrée sur les problèmes, car je ne voudrais pas que la recherche d'une insaisissable perfection nous fasse perdre de vue ce qui est salutaire.

I try to analyze, as best I can, from numerous reports and the Internet, the nature of the current threat to Canada, which gives citizens a high sense of insecurity, as it does in the United States. I am not sure, minister, that the bill does that. I am not criticizing you, minister, because the bill was passed in June before the current threat. We have to analyze, in a way, if there is a focus on the clear and present concerns that Canadians have.

It is a very narrow and tight concern and the media has not done a good job in differentiating between the vast flow of immigrants and refugees, who are the lifeblood and future economic growth of the country, and the threat.

When I consider the issue of the millennium bomber, as a narrow focus, he had a Canadian passport. The issue really was not about a smart card for immigrants or refugees. The problem was a forged passport. He, in effect, came to Canada under false pretences and obtained, by fraudulent means, a Canadian passport and he used a false name. By good luck and good fortune, he was trapped at the border and the American authorities brought him to justice. The transcript of that case in the United States was very enlightening. Again, this is not criticism. This is simply fact.

If we are concerned with that as a first priority, should we not give the first priority to a smart passport, as opposed to trying to spend a great deal of time creating a smart immigration status card?

I know that we have the technological means of doing that. What priority is the department giving to ensure that we have a smart fraud-proof passport as soon as possible? I am not certain that Bill C-11 addresses that.

Ms Caplan: No, it does not. That is because the Department of Foreign and Affairs and International Trade issues passports to Canadian citizens. We issue permanent resident cards — now the IMM 1000 and soon to be the new immigrant card, which is a travel document for permanent residents who are not yet Canadian citizens. When you become a Canadian citizen, you apply to the Department of Foreign Affairs and International Trade. I know — and Minister Manley will confirm this — that it is examining new passport security in light of events.

You make a good point, senator. I want to add several comments. If we have learned anything, it is that terrorists, those who would pose a security threat, do everything they can to evade detection. They are chameleons and their operations are covert. That is why intelligence and knowledge are so important and that is why countries have to work together. Countries must share that intelligence, gather the data and do everything they can to prevent those who would evade detection from being successful. We are doing many things now that we will have to do better.

J'essaie d'analyser, de mon mieux, à partir de nombreux rapports et de l'information que l'on trouve sur l'Internet, la nature du danger qui menace actuellement le Canada, lequel provoque dans la population un sentiment élevé d'insécurité, tout comme c'est le cas aux États-Unis. Je ne suis pas sûr, madame la ministre, que le projet de loi parvienne à l'apaiser. Ce n'est pas une critique, madame la ministre, car le projet de loi a été adopté en juin, avant la menace actuelle. Nous devons analyser, d'une certaine façon, s'il y a focalisation sur les craintes précises et actuelles ressenties par les Canadiens.

Il s'agit d'une préoccupation précise, et les médias n'ont pas fait ce qu'il fallait pour que l'on puisse dissocier le vaste flux d'immigrants et de réfugiés, qui sont la force vitale et l'avenir de la croissance économique du pays, de cette menace.

Quand je pense au poseur de bombe du millénaire, le problème, vu sous un angle bien précis, c'est qu'il était porteur d'un passeport canadien. Cela n'avait rien à voir avec une carte intelligente pour les immigrants ou les réfugiés. Le problème, c'était un passeport falsifié. Cet individu est entré au Canada sous de faux prétextes et a obtenu, frauduleusement, un passeport canadien sous un faux nom. Par un heureux coup du sort, il a été attrapé à la frontière et les autorités américaines l'ont traduit en justice. Le compte rendu de l'affaire aux États-Unis a été très révélateur. Je le répète, ce n'est pas une critique. Mais c'est un fait.

Si c'est ce qui nous occupe prioritairement, ne devrait-on pas accorder la priorité des priorités à un passeport intelligent, plutôt que d'essayer de consacrer énormément de temps à créer une carte intelligente prouvant le statut d'immigrant?

Je sais que nous possédons les moyens technologiques de le faire. Quelle priorité le ministère accorde-t-il à la production, dans les meilleurs délais, d'un passeport intelligent et infalsifiable? Je ne suis pas certain que le projet de loi C-11 répond à cette préoccupation.

Mme Caplan: Non, effectivement. C'est parce que le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international délivre les passeports aux citoyens canadiens. Nous, nous délivrons des papiers aux résidents permanents — en ce moment la IMM 1000 et bientôt la nouvelle carte d'immigrant, qui est un document de voyage pour les résidents permanents qui ne sont pas encore citoyens canadiens. Une fois devenus citoyens canadiens, ils s'adressent au ministère des Affaires étrangères et du Commerce international. Je sais — et M. Manley le confirmera — que ce ministère examine la question de la sécurité des passeports à la lumière des événements.

Vous avez raison de soulever la question, sénateur. J'aimerais faire quelques remarques. S'il y a une chose que nous avons apprise, c'est que les terroristes, ceux qui représentent une menace pour la sécurité, font l'impossible pour éviter d'être détectés. Ce sont des caméléons et leurs activités sont clandestines. C'est pourquoi la collecte de renseignements et de données est tellement importante, et c'est la raison pour laquelle les pays collaborent entre eux. Les pays doivent partager ces renseignements, collecter les données et faire tout ce qui est possible pour empêcher ceux qui échapperaient à la détection de parvenir à leurs fins. Il y a

I am the first person to say that. This bill gives us new tools that we did not have before, and that is important.

However, the intelligence and information that is gathered by our existing immigration control officer network is extremely important and should not be underestimated. The intensified security checks that are being done at our borders should not be underestimated. The fact that CSIS and the RCMP are working with the CIA, Interpol, Europol and all those intelligence organizations that are on the highest state of alert should not be underestimated.

The important thing that you need to know about Bill C-11 is that it allows us to protect some of that sensitive intelligence information. That is one of the important tools in this bill, so that we can move to arrest and detain without having to identify sources or give up sensitive information, which would stop those intelligence organizations from doing their job.

This is a part of the campaign against terrorism. It is not the only part, but there are new tools here that will help. Immigration reform has been under discussion for a number of years. We have been aware of increasing threats.

At committee in the House of Commons, the focus of the scrutiny of the proposed legislation was on criminality. We held firmly to our desire not to see any additional steps, or anything other than the tightest streamlining possible, because the bill deals both with criminality and security threats.

If there is more that needs to be done in the future, we must remain open to looking at that. However, you said it extremely well. I use the word "balance." You talk about "exquisite equilibrium." Certainly, that is the goal of this bill. The goal for all of Canada is to maintain that balance so that we can both protect ourselves and retain an open-door policy.

We want to close the back door to those who pose a threat to our society, so that we can continue to keep that front door open to the people whom we need to help us grow and prosper. Canada is a country of immigration. It was built by immigrants and refugees. We will only maintain the confidence of Canadians in continuing to bring those people in if they are satisfied that we are doing the security checks and the health checks before they arrive in this country as new immigrants.

If people ask for our protection, we want to identify those who are in genuine need of it as quickly as possible, for them and for us. We want to identify those who do not need our protection, so that they can be removed as quickly as possible. That is the goal of this proposed legislation.

beaucoup de choses que nous faisons maintenant et que nous devons faire encore mieux.

Je suis la première à le dire. Ce projet de loi nous donne de nouveaux instruments dont nous ne disposions pas auparavant, et c'est important.

Toutefois, les renseignements et l'information recueillis actuellement par notre réseau d'agents de contrôle de l'immigration sont extrêmement importants et ne doivent pas être sous-estimés. Les contrôles sécuritaires intensifiés qui sont effectués à nos frontières ne devraient pas être sous-estimés. Le fait que la SCRS et la GRC collaborent avec la CIA, Interpol, Europol et de nombreux organismes de collecte du renseignement qui sont en état d'alerte nationale ne devrait pas être sous-estimé.

Ce qu'il faut savoir à propos du projet de loi C-11, c'est qu'il nous permet de protéger une partie de ces renseignements sensibles. C'est là un des instruments importants que prévoit ce projet de loi et qui nous permet de procéder à des arrestations et des détentions sans avoir à identifier nos sources ni à divulguer des renseignements sensibles, qui empêcheraient ces organismes de collecte de renseignements de faire leur travail.

Tout cela s'inscrit dans le cadre de la campagne contre le terrorisme. Ce n'en est pas le seul élément, mais on trouve ici de nouveaux instruments qui faciliteront la tâche. La réforme de l'immigration fait l'objet de discussions depuis plusieurs années. Nous étions conscients des menaces grandissantes.

Au comité de la Chambre des communes, l'examen du projet de loi s'est focalisé sur la criminalité. Nous avons défendu notre volonté de ne pas introduire de nouvelles étapes ni quoi que ce soit qui irait à l'encontre d'une réorganisation aussi stricte que possible, car le projet de loi porte à la fois sur la criminalité et les menaces à la sécurité.

S'il s'avère à l'avenir nécessaire d'aller plus loin, nous devons nous montrer ouverts à cette possibilité. Toutefois, vous l'avez très bien dit. J'ai employé le mot «équilibre». Vous avez parlé «d'équilibre subtil». Tel est certainement le but de ce projet de loi. Le but, pour le Canada, est de préserver cet équilibre de manière à ce que nous puissions à la fois nous protéger et maintenir une politique de libre admission.

Nous voulons fermer la porte dérobée qu'utilisent ceux qui menacent notre société, pour pouvoir garder notre porte principale ouverte aux gens dont nous avons besoin pour nous aider à mieux nous développer et à prospérer. Le Canada est un pays d'immigration. Il a été construit par des immigrants et des réfugiés. Nous ne pourrions garder la confiance des Canadiens dans la politique que nous poursuivons, qui est d'attirer les immigrants, que s'ils sont convaincus que nous procédons à des contrôles sécuritaires et à des contrôles sanitaires avant que ces nouveaux immigrants entrent dans notre pays.

Si des gens demandent notre protection, nous voulons être en mesure d'identifier aussi rapidement que possible, pour leur bien et pour le nôtre, ceux qui en ont véritablement besoin. Et nous voulons identifier ceux qui n'en ont pas besoin, pour pouvoir les renvoyer aussi rapidement que possible. C'est là le but de ce projet de loi.

Senator Andreychuk: Minister, you have highlighted a number of things with which I agree.

To conquer terrorism and criminality, we need intelligence and knowledge. We need to move quickly on it. I very much agree with that.

You have also said that when we bring refugees in, if we knew who the security risks were during the three-day screening, we could eliminate them. We should eliminate them very quickly.

That is the dilemma with this bill. It was not designed to look at terrorism or criminality. This piece of proposed legislation is about immigration and refugees. We keep saying that we need more tools to do something with the refugees.

Is that not piecemeal? Virtually every department has some role in those areas.

We are told to expect anti-terrorism legislation. That should be a global piece of legislation, of which immigration and refugees should be a portion. We should not leave the false impression with the public that our safety and our security are tied to the issue of immigrants and refugees.

We know that terrorists and criminals can be homegrown. They could have immigrated here. They could be refugees. They could be still lurking somewhere in the world.

Fast tracking Bill C-11 attempts to provide the illusion of a comfort level that does not exist. We need to stop. September 11 told us to stop.

Mr. Manley's committee is a first step. The terrorism legislation must impact all of these pieces of legislation. To pass this too quickly would deflect from doing the job right for a change.

Ms Caplan: I do not agree with your conclusion, but I do agree with the preamble. That is usually the opposite of what I say in the House when I answer a question. Rightly, you have identified that this is not the only thing that has to be done.

However, I would argue that there are important new tools that we need in this proposed legislation. I ask that it be passed as quickly as possible because that is important to Canada.

Citizenship and Immigration is a partner with the Attorney General, the Solicitor General, CSIS, RCMP, Foreign Affairs, and Transport. All of those partners work together.

There are a number of things that have already been done. If you have been tuning into Question Period, you will know that the Attorney General has identified a number of pieces of legislation and actions that have been taken by Canada to address counterterrorism. These include new and better extradition laws

Le sénateur Andreychuk: Madame la ministre, votre intervention a été très utile. Vous avez souligné plusieurs choses avec lesquelles je suis d'accord.

Pour vaincre le terrorisme et la criminalité, nous avons besoin de renseignements et de données. Nous devons pouvoir les exploiter rapidement. Je suis très largement d'accord avec cela.

Vous avez également fait remarquer que lorsque nous accueillons des réfugiés, si l'enquête de trois jours nous permettait de savoir lesquels représentent des risques pour la sécurité, nous pourrions les éliminer. Nous devons les éliminer très rapidement.

Et c'est bien là le dilemme que pose ce projet de loi. Il n'a pas été conçu pour faire face au terrorisme et à la criminalité. Le texte législatif que l'on nous propose concerne l'immigration et les réfugiés. On répète continuellement que nous avons besoin d'autres outils pour faire quelque chose au sujet des réfugiés.

Ne s'agit-il pas d'une intervention à la petite semaine? Pratiquement tous les ministères jouent un rôle dans ces secteurs.

On nous dit de nous attendre à une législation anti-terrorisme. Il devrait s'agir d'un texte législatif global, l'immigration et les réfugiés n'en étant qu'une partie. Nous ne devrions pas donner la fausse impression à la population que notre sûreté et notre sécurité sont liées à la question des immigrants et des réfugiés.

Nous savons que les terroristes et les criminels peuvent venir de l'intérieur. Ils pourraient avoir immigré au Canada. Il pourrait s'agir de réfugiés. Ils pourraient continuer de se tapir quelque part dans le monde.

Accélérer la procédure d'adoption du projet de loi C-11, c'est tenter de donner l'illusion d'une tranquillité qui n'existe pas. Il faut arrêter cela. Les événements du 11 septembre nous ont dit d'arrêter.

Le comité de M. Manley est une première étape. La législation sur le terrorisme doit avoir un impact sur tous ces textes législatifs. Adopter ce projet de loi trop rapidement empêcherait de faire le travail correctement, pour une fois.

Mme Caplan: Je ne suis pas d'accord avec votre conclusion, mais je le suis avec votre préambule. D'habitude, je dis le contraire à la Chambre quand je réponds à une question. Vous avez, à juste titre, fait remarquer que ce n'est pas la seule mesure qui doit être prise.

Je suis prête à maintenir toutefois qu'il y a d'importants nouveaux instruments dont nous avons besoin dans ce projet de texte législatif. Je demande qu'il soit adopté aussi rapidement que possible, car c'est important pour le Canada.

Le ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration est partenaire du Procureur général, du Solliciteur général, du SCRS, de la GRC, du ministère des Affaires étrangères et du ministère des Transports. Tous ces partenaires collaborent étroitement.

Plusieurs initiatives ont déjà été prises. Si vous écoutez la Période des questions, vous savez que le Procureur général a énuméré des mesures législatives qui ont été adoptées et des initiatives qui ont été prises par le Canada pour lutter contre le terrorisme. Il y a, entre autres, de nouveaux et de meilleurs textes

and the ratification of UN agreements. Much has already been done in other pieces of legislation.

We have acknowledged that there is more to do. Some things are in progress under the Solicitor General, and some under Customs. We have the proposed charities legislation before the House, Bill C-23. We also have changes to Customs before us, Bill S-23.

Your expectation that it should all be done at once, at one time, under one piece of legislation defies the reality of the way departments work, and work together. Everyone does their share and does their piece.

This is a reform to immigration and refugee policy in Canada. If we delay this bill, we delay our ability to do what needs to be done until everyone else agrees on an agenda that is just one small piece of what is contained in this bill, but an important piece.

I want to assure you that we work with our partners and will continue to do so, both at the committee that Mr. Manley chairs and also operationally. However, it is extremely important that you realize that this is the first time in over 25 years that we have updated our immigration and refugee protection, and much has happened in that time. There are important aspects of this bill that simply cannot wait.

Senator Andreychuk: The witness has spoken graphically.

People on the front lines, and my experience with the security and intelligence review, tell me that it is not a question of new tools. It is a question of operationalizing the tools in a combined way.

For example, security during the 72-hour screening means working with the RCMP. That kind of operational issue is dependent on the RCMP doing the job for immigration overseas, sufficient staffing and sufficient supervision.

The emphasis seems to be on tools because it is easy to change the law. It is more difficult to make highly bureaucratic systems work, including the refugee boards, et cetera.

Would you not be better off turning your attention to operational issues to make it work, rather than more tools? You have not completely used the tools that you have.

Ms Caplan: I disagree. It is important because there has been a misunderstanding of what the 72-hour referral actually means.

législatifs concernant l'extradition, ainsi que la ratification de plusieurs accords de l'ONU. Beaucoup de choses ont déjà été modifiées dans d'autres textes législatifs.

Nous avons reconnu qu'il y a encore des choses à faire. Certaines sont en cours sous la tutelle du Solliciteur général et d'autres sous la tutelle des Douanes. À la Chambre, il y a un texte législatif sur les organismes de bienfaisance qui a été déposé, le projet de loi C-23. Il y a également des changements concernant les douanes, le projet de loi S-23.

Vous souhaitez que tout soit fait en une seule fois, dans un seul et même texte, mais cela ne tient pas compte de la façon dont les ministères fonctionnent et collaborent. Chacun d'entre eux fait sa part et son bout.

Il s'agit ici de réformer la politique canadienne sur l'immigration et les réfugiés. Si nous retardons le passage de ce projet de loi, nous retardons du même coup notre capacité à faire ce qui doit être fait jusqu'à ce que tout le monde se soit entendu sur un échéancier qui ne s'applique qu'à une petite partie de ce qui est contenu dans ce projet de loi, mais à une partie importante.

Je tiens à vous assurer que nous collaborons avec nos partenaires et que nous continuerons de collaborer, aussi bien au niveau du comité présidé par M. Manley qu'au plan opérationnel. Toutefois, il est extrêmement important de reconnaître que c'est la première fois en plus de 25 ans que nous tentons de mettre à jour la politique sur l'immigration et la protection des réfugiés, et que beaucoup d'eau a coulé sous les ponts durant tout ce temps-là. Certains aspects importants de ce projet de loi ne peuvent tout simplement pas attendre.

Le sénateur Andreychuk: Le témoin s'est exprimé éloquemment.

D'après les gens qui sont en première ligne et mon expérience dans le domaine de la sécurité et de l'exploitation des renseignements, il ne s'agit pas d'avoir de nouveaux instruments. Le problème, c'est de combiner les divers instruments pour qu'ils deviennent efficaces au plan opérationnel.

Ainsi, assurer la sécurité pendant la période de contrôle de 72 heures sous-entend une collaboration avec la GRC. Pour résoudre ce type de problème opérationnel, il faut que la GRC fasse le travail qu'exige l'accueil d'immigrants venant d'outre-mer, et dispose d'un personnel suffisant et d'un encadrement adéquat.

On insiste beaucoup sur les instruments, car il est facile de changer la loi. Il est plus difficile de faire fonctionner des machines très bureaucratisées, par exemple, la Commission du statut de réfugié, et cetera.

Ne vaudrait-il pas mieux que vous vous concentriez sur les problèmes opérationnels pour améliorer le fonctionnement de la bureaucratie plutôt que de vous occuper de nouveaux instruments? Vous n'avez pas complètement exploité les instruments dont vous disposez déjà.

Mme Caplan: Je ne suis pas d'accord. C'est important parce qu'il y a eu un malentendu à propos de ce que recouvre le

That is where there is an important change between this bill and the existing legislation, and I would like to explain it.

When people come to Canada and make a refugee claim, under the existing law, they are fingerprinted and photographed, and that is run through CPIC, the police databases, and others to determine whether this person is inadmissible to Canada because of criminal activity. Immigration officers then assess the individuals on eligibility grounds, and that can take up to six months. That is because we have a great deal of difficulty, with the existing law, denying anyone access to the IRB. We can do it, but it is cumbersome, difficult, and we must have a great deal of evidence.

After people have been given refugee status, a full and intensive second screening is done before they are eligible for permanent resident status. There is yet another security update before citizenship is granted.

The policy and the intention of this proposed legislation and the new tools is that an intensive security check, which is done before landing, will be done before anyone is granted permanent resident status. Therefore, there are two tracks. By eliminating the eligibility review by an immigration officer and compressing that into three days, we are not saying there are only three days in which to make the decision. In fact, the officer will have until such time as the persons become landed immigrants to determine whether or not they are admissible to Canada. We hope that by putting that intensive screening up front, we will be able to identify those whom we do not want in Canada. In the case of those who are inadmissible because of criminality, security concerns, war crimes or crimes against humanity, we will be able to, as the Geneva Convention allows, deny them access to the refugee determination system, have an admissibility hearing, a pre-risk removal assessment, and then remove them from the country.

We will do two things. We will refer an individual to the IRB within three working days, and at the same time, begin not just the preliminary security screening, but the intensive security screening which now does not take place until after refugee status is conferred. We have a three-step process that we will streamline into two, use our resources better to work smarter, and be able to identify more quickly those who are in need of our protection and those who are not welcome in Canada.

Senator Cordy: There has been a fair amount of discussion about things moving along too quickly, and people who may have wanted to make presentations or speak to your department about concerns have not been able to do so.

contrôle en 72 heures. C'est un changement important qui est introduit dans ce projet de loi par rapport à la loi en vigueur, et j'aimerais vous l'expliquer.

Quand les gens arrivent au Canada et revendiquent le statut de réfugié, en vertu de la loi actuelle, on prend leurs empreintes digitales et on les photographie, et cette information est transmise au CIPC, la banque de données de la police, ainsi qu'à d'autres pour déterminer s'il s'agit de personnes interdites de territoire au Canada par suite d'activités criminelles. Les agents d'immigration évaluent ensuite les cas individuels en fonction de leur recevabilité, ce qui peut prendre jusqu'à six mois. C'est la raison pour laquelle nous rencontrons énormément de difficultés, dans le cadre de la loi actuelle, pour empêcher l'accès à la CISR. C'est possible, mais c'est une procédure lourde, difficile, et il faut disposer d'un grand nombre de preuves.

Une fois qu'on a accordé à quelqu'un le statut de réfugié, une deuxième vérification complète et intensive est faite avant que cette personne ait le droit de revendiquer le statut de résident permanent. Et il y a encore une autre mise à jour sécuritaire avant que la citoyenneté soit conférée.

La politique et l'esprit de la législation qui vous est soumise et des nouveaux instruments qu'elle contient reposent sur l'idée qu'un contrôle sécuritaire intensif, effectué avant l'établissement, sera fait avant que quiconque obtienne le statut de résident permanent. Par conséquent, il y a deux filières. En éliminant l'évaluation de l'admissibilité par un agent d'immigration et en réduisant le délai à trois jours, nous ne voulons pas dire que la décision sera prise en trois jours. En fait, l'agent d'immigration aura jusqu'au moment où les intéressés deviennent des immigrants reçus pour déterminer s'ils sont ou non admissibles au Canada. Nous espérons qu'en instituant une vérification intensive à l'arrivée, nous serons en mesure d'identifier ceux dont ne veut pas le Canada. S'il s'agit de gens qui ne sont pas admissibles à cause d'antécédents criminels ou de risques en matière de sécurité, de personnes qui ont commis des crimes de guerre ou des crimes contre l'humanité, nous pourrions, comme le permet la Convention de Genève, leur refuser l'accès au processus de reconnaissance du statut de réfugié, organiser une audience sur l'admissibilité, procéder à une évaluation des risques avant leur renvoi, puis les expulser du pays.

Nous ferons deux choses. Nous déférerons l'intéressé à la CISR dans les trois jours ouvrables, et parallèlement, nous entreprendrons non seulement une vérification sécuritaire préliminaire, mais un contrôle sécuritaire intensif, lequel n'est actuellement entrepris qu'une fois le statut de réfugié accordé. Nous avons actuellement une procédure en trois étapes, que nous ramènerons à deux étapes par souci de simplification, nous utiliserons mieux nos ressources pour fonctionner plus intelligemment et nous serons en mesure d'identifier plus rapidement ceux qui ont besoin de notre protection et ceux qui ne sont pas les bienvenus au Canada.

Le sénateur Cordy: Il a beaucoup été question du fait que les choses avancent un peu trop rapidement et que des gens qui auraient souhaité faire un exposé ou faire part à votre ministère de leurs préoccupations n'ont pas été en mesure de le faire.

In your remarks this morning, you spoke about an open consultation process the department has undertaken in preparing for Bill C-11. Could you expand on that?

Ms Caplan: We have been consulting for five years. My predecessor had cross-country consultations and forums in major centres. Bill C-31, the predecessor of Bill C-11, was extensively debated in the House of Commons. When Bill C-31 was interrupted, we took that time to look at all the debate, the advice and the briefs that had come to the department. We responded with Bill C-11, with significant changes, because of all the advice that we received from that extensive consultation. As I say, we had five years of full consultation, then Bill C-31, and then the new Immigration and Refugee Protection Act, Bill C-11, with public hearings before the House of Commons. I have met with organizations and individual stakeholders since my time began at the department over two years ago. This has been the number one legislative priority for me and for the department.

Senator Cordy: Certainly, now and always, Canada wants the best and the brightest to join our workforce. One of the witnesses who appeared yesterday said Bill C-11 would deter the best and brightest from coming to our country. Would you comment on that?

Ms Caplan: In fact, the new regulations, along with Bill C-11, will do the opposite. It will allow us to compete for the best and brightest, and we know that other countries recognize they have the same demographic issues we have. Our population is aging, the birth rate is down, and our labour force growth is very dependent on immigration. We are already seeing skill shortages, and we know that immigrants bring buying power and prosperity. We see the signs everywhere. I refer to Senator Di Nino's comments. One does not have to do much more than drive around the larger urban centres to see the prosperity that immigrant communities have brought. Our goal with Bill C-11 is to bring people who have flexible skills, and do away with the old, outdated requirement to fit into a certain occupation. It sometimes takes longer to bring people because of the need to do all the checking, and the occupation category may no longer have the same needs. People come with an unrealistic expectation that that is where they should look for a job.

I will ask Ms Atkinson to speak about the new selection grid, which we believe will allow us to compete effectively with other countries that are facing the reality of the same demographic issues and that want to open the front door to skilled workers.

Dans votre déclaration liminaire ce matin, vous avez parlé d'un processus de consultation publique mis en oeuvre par le ministère pour la préparation du projet de loi C-11. Pourriez-vous développer?

Mme Caplan: Nous consultons depuis cinq ans. Mon prédécesseur avait organisé des consultations d'un bout à l'autre du pays et des tribunes dans les grands centres. Le projet de loi C-31, le prédécesseur du projet de loi C-11, a été longuement examiné à la Chambre des communes. Quand le projet de loi C-31 a été abandonné, nous en avons profité pour prendre connaissance de toutes ces discussions, des conseils et des mémoires transmis au ministère. Nous avons répondu sous la forme du projet de loi C-11, en incorporant d'importants changements, compte tenu de tous les conseils que nous avions reçus dans le cadre de cette très large consultation. Je le répète, il y a eu de larges consultations qui ont duré cinq ans, ensuite le projet de loi C-31, puis la nouvelle Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés — le projet de loi C-11 — et des audiences publiques à la Chambre des communes. J'ai rencontré des représentants de divers organismes et des intervenants individuels depuis que je suis au ministère, il y a maintenant plus de deux ans. Ce texte a été la priorité législative numéro un pour moi et pour le ministère.

Le sénateur Cordy: Naturellement, comme cela est et a toujours été le cas, le Canada souhaite que les meilleurs candidats à l'immigration puissent se joindre à sa population active. L'un des témoins qui a comparu hier a déclaré que le projet de loi C-11 dissuaderait les plus brillants de venir dans notre pays. Quel est votre sentiment?

Mme Caplan: En fait, le nouveau Règlement qui accompagnera le projet de loi C-11 fera exactement le contraire. Il nous permettra de rivaliser avec les autres pays, qui se rendent compte qu'ils ont les mêmes problèmes démographiques que nous, pour attirer la crème de la crème. Notre population vieillit, le taux de natalité est en baisse et la croissance de notre main-d'oeuvre dépend énormément de l'immigration. Nous constatons déjà une pénurie de main-d'oeuvre qualifiée et nous savons en outre que les immigrants sont synonymes de pouvoir d'achat et de prospérité. Nous en voyons les signes un peu partout. J'en reviens aux propos du sénateur Di Nino. Il n'est pas nécessaire de faire autre chose que de se promener un peu en voiture dans un de nos grands centres urbains pour constater la prospérité engendrée par les communautés d'immigrants. Notre but, avec le projet de loi C-11, est de faire venir des gens qui possèdent des compétences polyvalentes et de supprimer l'ancienne exigence, qui est dépassée, voulant qu'il soit nécessaire de répondre à des critères précis définissant une profession donnée. Il faut parfois plus de temps pour faire venir les gens à cause de toutes les vérifications que nous devons faire, et la catégorie professionnelle à laquelle ils appartiennent peut très bien ne plus avoir les mêmes besoins. Les gens arrivent avec des attentes irréalistes, croyant que c'est dans ce secteur qu'ils doivent chercher du travail.

Je vais demander à Mme Atkinson de vous parler de la nouvelle grille de sélection, laquelle nous permettra de rivaliser efficacement avec les autres pays qui font face au même problème démographique et qui veulent ouvrir leurs portes aux travailleurs qualifiés.

Ms Atkinson: Our new selection grid, which will be in the regulations, and which we have explained in some detail in the proposed regulations, is based on extensive research and consultations over the last several years.

It moves us away from a narrow, occupation-based selection system where, in order to qualify, individuals must find themselves described on a list of occupations that may no longer be in demand and do not fit with a labour market where individuals move between professions. Based on research and consultation, we know that the Canadian economy now needs knowledge workers with flexible skill sets that apply in different work environments and occupations. Our selection system is built on those flexible skill sets and on sufficient levels of education and language skills. Therefore, people can arrive, land on their feet, and move in and out of occupations within the knowledge-based economy.

Senator Roche: Minister, as I ask this question, I am sympathetic to your needs. However, like other senators that you have heard here today, I have a very deep concern about what has been, I think properly, called the "unseemly rush" of this bill and the pressure on this committee to pass it. We have not, for example, even had an opportunity to hear from the provinces and the administrations of Toronto, Montreal and Vancouver, where most immigrants and refugees end up. I think they need to be heard.

I took my case yesterday to the floor of the Senate and had an interesting and useful exchange on this point with Senator Carstairs, the Leader of the Government in the Senate. The minister said that while she wanted the Senate to deal with the bill as quickly as it could, that in fact, "the actual work of the committee is up to the committee."

Thus, if in the committee's wisdom, it decides that it needs another three or four weeks to give this bill the kind of examination it feels is appropriate, would you have any problem with that?

Second, when this bill is reported, would you give your support to any recommendation or observation that the committee, in its wisdom, might make? It may, in other words, call for a formal Senate study on all aspects of immigration and refugees. I will not expand on this now, but many of the points that have been raised with us require the kind of in-depth study that the Senate is famous for doing on many important subjects. Would you support such a study?

Ms Caplan: I want to thank you for your comments, Senator Roche, and tell you how much I respect the important work that the Senate does. I would not want to in any way suggest what you should or should not do. I have long considered this as a place where important issues of the day, and of the future, can receive thoughtful and in-depth study and analysis. Should you decide to

Mme Atkinson: Notre nouvelle grille de sélection, qui figurera de façon détaillée dans le Règlement que nous avons proposé, est basée sur des recherches et des consultations approfondies au cours des dernières années.

Elle s'éloigne de l'étroit système de sélection axé sur la profession dans lequel, pour être admissibles, les intéressés devaient avoir des qualifications correspondant à celles de professions dont on donnait la liste et qui pouvaient très bien ne plus être en demande ni correspondre à un marché du travail où les gens passent d'une profession à l'autre. Nos recherches et nos consultations nous disent que l'économie canadienne a maintenant besoin de travailleurs du savoir possédant un ensemble de qualifications flexibles, susceptibles d'être utilisées dans différentes professions ou environnements professionnels. Notre système de sélection repose sur ces ensembles de qualifications flexibles et sur des niveaux satisfaisants d'instruction et de connaissances linguistiques. Ainsi, les gens peuvent venir, s'adapter et passer d'une profession à l'autre au sein de l'économie du savoir.

Le sénateur Roche: Madame la ministre, je reconnais que les besoins que vous avez décrits ont un certain mérite. Toutefois, comme les autres sénateurs que vous avez entendus ici aujourd'hui, j'ai de très sérieuses réserves à propos de ce qui a été qualifié, à juste titre, je pense, de «précipitation inconvenante» concernant ce projet de loi et la pression exercée sur le comité pour qu'il l'adopte. Nous n'avons, par exemple, même pas eu la possibilité d'entendre les provinces et les administrations de Toronto, Montréal et Vancouver, où la plupart des immigrants et des réfugiés aboutissent. Je pense qu'il est nécessaire de les entendre.

J'ai fait part de mon opinion hier au Sénat, où j'ai eu un échange utile à ce sujet avec le sénateur Carstairs, le leader du gouvernement au Sénat. Le sénateur a déclaré que, tout en souhaitant que le Sénat examine le projet de loi aussi rapidement que possible, en fait, «la façon dont le comité travaille doit être décidée par le comité».

Ainsi, si par prudence le comité décide qu'il a besoin de trois ou quatre semaines supplémentaires pour faire du projet de loi une étude qu'il juge appropriée, cela vous ennuerait-il?

Deuxièmement, si l'adoption du projet de loi se trouvait retardée, accorderiez-vous votre soutien aux recommandations ou aux observations que le comité pourrait formuler dans son infinie sagesse? Il pourrait être question, autrement dit, d'une étude officielle du Sénat de tous les aspects de l'immigration et du droit d'asile. Je ne m'attarderai pas là-dessus pour l'instant, mais un grand nombre des questions qui ont été soulevées devant nous justifient le genre d'étude approfondie qui ont fait la réputation du Sénat et qui ont porté sur un grand nombre de dossiers importants. Seriez-vous en faveur d'une telle étude?

Mme Caplan: Je voudrais vous remercier de vos remarques, sénateur Roche, et vous dire combien je respecte l'importance du travail du Sénat. Je ne cherche aucunement à vous dire ce que vous devriez ou ne devriez pas faire. Je considère depuis longtemps le Sénat comme l'endroit où les problèmes importants du moment ou de l'avenir peuvent bénéficier d'une analyse et

do that in the area of immigration, I know that you would do a very good job.

On your first point, I want you to know that we consider the provinces important partners. We have agreements with some provinces and a requirement to consult; we do consult on an ongoing basis. The provinces have been involved in the discussions that led up to the development of this proposed legislation. I want to assure you that they have been consulted, and there is no suggestion, I would say to this committee, that they have not been. They have been consulted by the department, by officials. I can also tell you that the provinces are very interested in the new regulations as they relate to both skilled workers and to the family class.

Given the fact that until the Senate passes this bill, we cannot pre-publish the regulations that will ultimately be gazetted, we cannot officially begin the training and the transition to new legislation. I do not believe the delay would be in the public interest.

If there is any delay, this proposed legislation and these reforms would not then be able to be implemented by the spring, which many have already agreed is the latest that we should be considering as an acceptable time line for all the i's to be dotted and the t's to be crossed. The sooner this bill is passed, the sooner we will be able to implement many of its important aspects. Also, our missions abroad that do the processing need to have clear rules as quickly as possible. We need to send the message out to the people who are applying about what the rules will be.

I ask for your support and assistance in seeing that this bill is dealt with as quickly as possible and with the urgency that I have expressed.

I have also said that if there are future discussions and good ideas that come forward from this place, or any other, I certainly would be open to considering them as something appropriate to the Canadian interest.

Senator Robertson: Minister, my first question relates to the trafficking in people. We have three provisions, 17, 18(1) and 119. You know what they relate to: aiding and abetting, abduction, fraud, deception, groups of persons at sea, for the purpose of inducing, et cetera.

There must be a reason why the government chose to make trafficking in people an offence under the Immigration Act rather than an offence under the Criminal Code.

Ms Caplan: I will call on the legal experts, since you have asked a legal question, but from a public policy point of view, the UN Convention against Transnational Organized Crime has two subprotocols. One of them is on trafficking, particularly of women and children, and Canada was very involved in the development of that. We are very supportive of it and it does deal with migration issues; therefore, the Immigration Act is a very

d'une étude approfondies et réfléchies. Si vous décidiez de procéder ainsi en ce qui concerne l'immigration, je sais que vous feriez un excellent travail.

En ce qui concerne votre premier point, je tiens à vous assurer que nous considérons que les provinces sont des partenaires importants. Nous avons des accords avec plusieurs provinces et l'obligation de les consulter; et nous les consultons sur une base régulière. Les provinces ont participé aux discussions qui ont abouti à l'élaboration du texte législatif à l'étude. Je puis vous assurer qu'elles ont été consultées, et personne n'a laissé entendre, je peux le dire à ce comité, qu'elles ne l'ont pas été. Elles ont été consultées par le ministère, par les fonctionnaires. Je peux vous dire que les provinces sont très intéressées par le nouveau Règlement, notamment par les mesures touchant les travailleurs qualifiés et la catégorie de la famille.

Étant donné que nous ne pouvons pas, avant que le Sénat adopte ce projet de loi, divulguer le Règlement qui sera éventuellement publié dans la gazette, nous ne pouvons pas lancer un programme de formation ou préparer la transition et le passage à une nouvelle législation. Je ne pense pas qu'un retard irait dans le sens de l'intérêt public.

En cas de retard, ce projet de loi et ces réformes ne pourront pas être mis en oeuvre d'ici au printemps, ce que beaucoup considèrent déjà comme une date butoir à la limite de l'acceptable pour mettre la dernière main au texte. Plus tôt le projet de loi sera adopté, plus tôt nous serons en mesure de mettre en oeuvre un grand nombre de ses importantes dispositions. En outre, nos missions à l'étranger, qui sont chargées du traitement des demandes, ont besoin d'avoir des directives précises aussi rapidement que possible. Nous devons indiquer aux gens qui soumettent des demandes quelles vont être les règles.

Je sollicite votre appui et votre aide, afin que ce projet de loi soit examiné aussi rapidement que possible, en tenant compte de son caractère d'urgence, comme je l'ai souligné.

J'ai aussi déclaré que s'il devait y avoir des discussions à l'avenir et si des suggestions intéressantes devaient venir du Sénat ou de quiconque, je serai tout naturellement prête à les considérer, car c'est évidemment dans l'intérêt du Canada.

Le sénateur Robertson: Madame la ministre, ma première question porte sur le trafic de personnes. Il y a trois dispositions, l'article 117, le paragraphe 118(1) et l'article 119. Vous savez de quoi il est question: aide ou encouragement par tromperie, déception, débarquement de groupes de personnes en mer en vue d'inciter, et cetera.

Il doit y avoir une raison pour laquelle le gouvernement a choisi de faire du trafic de personnes une infraction à la Loi sur l'immigration plutôt qu'une infraction au Code criminel.

Mme Caplan: Je vais me tourner vers les spécialistes du droit, vu que vous avez posé une question juridique, mais du point de vue de la politique gouvernementale, la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée comprend deux sous-protocoles. L'un d'entre eux porte sur le trafic des êtres humains, notamment des femmes et des enfants, et le Canada est très impliqué dans son développement. Nous y sommes tout à fait

appropriate place for us to be dealing with that provision. I will ask our lawyer to answer further.

Mr. David Dunbar, Senior Counsel, Department of Justice: It would have been possible to put it in the Criminal Code. It operates the same either here or in the Criminal Code. It is simply that, because of the work being done with the UN and because it is a logical fit with the remaining provisions here, the decision was made to place it in this bill.

Senator Robertson: I have two questions. I return to trafficking, minister.

Any department of government is to be administered directly to the intents of the legislation at the responsibility of the ministers. In this area of trafficking, we have also been informed that the former maximum fine was never imposed. I would suggest to you, minister, that if that is true, you missed an opportunity to raise money.

Ms Caplan: I think that is a different issue, Senator Robertson. Trafficking in people and smuggling are looked at very differently. Smuggling is sometimes done for humanitarian reasons. Trafficking is exploitation. The UN convention is clear on that.

This is an issue of which our courts have recently become aware. The events of a couple of years ago in Canada was one alert. More significantly, the events worldwide have brought trafficking to the attention of the United Nations.

This is not only an issue for Canada, but for all countries. We have had some success in our courts with getting convictions recently. This bill will send a strong message to our courts about how seriously concerned Canadians are about trafficking, and smuggling that is not for humanitarian reasons.

Senator Robertson: Have you imposed fines? Have the courts imposed fines?

Ms Caplan: The courts have imposed jail terms and fines. The fact that we are speaking about it today on the record before an important committee of the Senate demonstrates that this is an important issue. Our talking about the work of the United Nations and the protocols will bring the concern to the attention of our courts, because they read the transcripts.

The trafficking in women and children for exploitation is a deplorable and horrific activity. We want our courts to take the strongest possible action and to send the strongest possible message that the people of Canada will not tolerate that.

Senator Robertson: What is the maximum fine under the current act?

Ms Caplan: In the current act, the maximum was \$500,000.

favorables, et il traite des problèmes d'immigration; par conséquent, la Loi sur l'immigration est un endroit approprié, selon nous, pour y faire figurer cette disposition. Je vais demander à notre avocat de développer mon explication.

M. David Dunbar, avocat principal, ministère de la Justice: Il aurait été possible de l'inclure dans le Code criminel. L'application est semblable, que ce soit ici ou dans le Code criminel. On a décidé d'inclure ces dispositions dans ce projet de loi simplement à cause du travail qui est fait avec les Nations unies et parce qu'elles s'inscrivent logiquement dans la suite des autres dispositions du texte.

Le sénateur Robertson: J'ai deux questions à poser: j'en reviens au trafic de personnes, madame la ministre.

L'administration de tous les ministères doit refléter directement l'esprit de la législation, sous la responsabilité des ministres. Dans le domaine du trafic de personnes, on nous a informés que l'ancienne amende maximale n'a jamais été imposée. Je me permets de vous suggérer, madame la ministre, que si tel est le cas vous avez laissé passer une occasion de collecter de l'argent.

Mme Caplan: Je pense, sénateur Robertson, que vous soulevez une autre question. Le trafic de personnes et l'entrée illégale sont traités de façon très différente. L'entrée illégale s'explique parfois, pour des raisons humanitaires. Le trafic repose, lui, sur l'exploitation. La Convention des Nations unies est limpide à cet égard.

Il s'agit d'un problème dont les tribunaux ont récemment pris conscience. Les événements survenus il y a quelques années au Canada ont été une alerte. Plus important, les événements à travers le monde ont attiré l'attention des Nations unies sur la traite des êtres humains.

Il ne s'agit pas d'un problème auquel seul le Canada est confronté, il se pose à tous les pays. Nous avons réussi plusieurs fois récemment à obtenir des condamnations devant nos tribunaux. Ce projet de loi leur signifiera sans détours que les Canadiens sont extrêmement préoccupés par le problème du trafic et de l'entrée illégale non justifiée par des raisons humanitaires.

Le sénateur Robertson: Avez-vous imposé des amendes? Les tribunaux ont-ils imposé des amendes?

Mme Caplan: Les tribunaux ont imposé des peines de prison et des amendes. Le fait que nous en parlions aujourd'hui officiellement devant un important comité du Sénat montre que c'est un problème important. En évoquant les travaux des Nations unies et les protocoles, nous attirerons l'attention de nos tribunaux sur le problème, parce que les magistrats lisent les comptes rendus des délibérations.

Le trafic des femmes et des enfants à des fins mercantiles est une activité déplorable et épouvantable. Nous voulons que les tribunaux se montrent aussi durs que possible envers les coupables et leur signifient aussi fermement que possible que la population du Canada ne tolérera pas ce genre de chose.

Le sénateur Robertson: Quelle est l'amende maximale en vertu de la loi actuelle?

Mme Caplan: Dans la loi actuelle, le maximum est de 500 000 \$.

Mr. Dunbar: There is no trafficking offence. It is \$500,000 for smuggling.

Ms Caplan: The penalties for trafficking in this bill include a fine of up to \$1 million and a sentence of up to life in prison.

It is important that you realize that trafficking is a significant aspect of this bill. We have distinguished, in this bill, between smuggling and trafficking, because we have recognized that smuggling is sometimes done for humanitarian purposes. Also, the Attorney General has the ability to decide not to proceed with prosecution in those cases.

Senator Robertson: We will be watching that carefully.

Some of us are a little concerned. The witnesses that we have heard on this bill, with only one or two exceptions, have spoken impressively against it without suggesting amendments. Most people say you can do what you want to do with the current legislation.

Some of them have been rather significant witnesses. I have been dealing with legislation for 35 years. There was universal condemnation of the bill from the witnesses that we heard yesterday, with the exception of one. I have never seen such a weight of knowledge from witnesses around this table in all those years as there was yesterday. Those people knew about that which they were speaking.

Have you talked with those people? Have you listened to those witnesses? If you do not know who they are, I will give you their names. If you spoke with them, and they came back to us and told us a different story, I would feel comforted.

Ms Caplan: Yes, I have spoken with many, including the representatives of the bar who I know were here. I have read the briefs of the other witnesses whom you have had here who also appeared before the House standing committee.

By and large, the criticism from all opposition parties and at the House of Commons standing committee was that this bill is too tough. The bill does give sufficient rights to criminals. The demand was that we go beyond the obligations of our Charter.

To those critics, I say Canadians will not tolerate additional steps and additional processes that will lead to unnecessary delays.

I want, and I believe the overwhelming majority of Canadians want, us to have the ability to remove people from Canada more quickly. We also want to be able to deny to those who pose a threat, who are criminals, or who have activities in their past, such as war crimes or crimes against humanity, the possibility of entering the country. We will send out a clear message that we will not provide a safe haven to those people. More than that, we will not let them tie us up before the courts for years beyond what reasonable due process requires. To those people I say: This bill strikes the right balance. To the others, the few who say that we

M. Dunbar: Le trafic de personnes n'est pas une infraction. C'est l'organisation de l'entrée illégale qui est passible de 500 000 \$ d'amende.

Mme Caplan: Dans ce projet de loi, les pénalités pour trafic de personnes comprennent une amende pouvant s'élever jusqu'à 1 million de dollars et la condamnation à la prison à vie.

Il est important que vous vous rendiez compte que le trafic de personnes est un important aspect de ce projet de loi. Nous avons fait la distinction, dans ce texte, entre l'organisation de l'entrée illégale et le trafic, car nous avons reconnu que l'entrée illégale est parfois motivée par des raisons humanitaires. Par ailleurs, le Procureur général a le pouvoir de décider de ne pas entamer de poursuites dans ces cas précis.

Le sénateur Robertson: Nous surveillerons cela de près.

Certains d'entre nous sont quelque peu préoccupés. Les témoins que nous avons entendus, à une ou deux exceptions près, se sont montrés remarquablement défavorables à l'égard de ce projet de loi, sans proposer de modification. La plupart des gens soutiennent que vous pouvez atteindre vos objectifs avec la loi actuelle.

Et certains d'entre eux sont des témoins importants. Je m'occupe d'affaires législatives depuis 35 ans. Il y a eu une condamnation universelle du projet de loi de la part des témoins que nous avons entendus hier, à une exception près. Il ne m'avait jamais été donné, pendant toutes ces années, d'entendre des gens qui possédaient la somme de connaissances des témoins réunis hier autour de cette table. Ces gens-là savaient de quoi ils parlaient.

Avez-vous parlé à ces gens-là? Avez-vous écouté ces témoins? Si vous ne savez pas de qui je parle, je vous donnerai leur nom. Si vous leur avez parlé, et qu'ils sont revenus devant nous et ont tenu des propos différents, je serai rassurée.

Mme Caplan: J'ai effectivement parlé à beaucoup d'entre eux, y compris les représentants du Barreau qui, je sais, sont venus ici. J'ai lu les mémoires des autres témoins que vous avez entendus et qui ont également comparu devant le Comité permanent de la Chambre.

Dans l'ensemble, les critiques formulées par tous les partis de l'opposition et au Comité permanent de la Chambre des communes revenaient à dire que ce projet de loi est trop dur, qu'il ne reconnaît pas suffisamment de droits aux criminels et qu'il faudrait aller au-delà des obligations de notre Charte.

À ces critiques, je réponds que les Canadiens ne toléreront pas des étapes ou des processus additionnels qui aboutiront à des retards inutiles.

Je veux, et je crois que la grande majorité des Canadiens le veulent aussi, que nous ayons la capacité de renvoyer les gens du Canada plus rapidement. Nous voulons également pouvoir refuser à ceux qui représentent une menace, qui sont des criminels ou qui ont des antécédents condamnables, tels que des crimes de guerre ou des crimes contre l'humanité, la possibilité d'entrer au Canada. Et nous allons signifier clairement à ces gens-là que nous ne leur fournirons pas un abri sûr. Plus encore, nous ne les laisserons pas engorger nos tribunaux pendant des années, pas au-delà du temps qu'exige une procédure établie et raisonnable. À ces gens-là, je

should scrap the Charter, rip up the Geneva Convention, do not give due process to any one, I say: Canada has a proud tradition of offering welcome and hope to those people in genuine need of our protection. To those who come and do not tell us the truth, we give them a chance to have a fair hearing and due process before we remove them.

This bill strikes the right balance and will allow us to streamline our procedures, maintain and protect those values we cherish, which are rule of law and due process, and to remain proud Canadians.

Senator LeBreton: Minister, I must check the transcripts but I think you said that when the bill was before the other place, most of the opposition and the witnesses thought the bill too tough, and I think you said, too tough on criminals.

I have concluded, after reading the transcripts, that the problem we have is how to deal with the danger since September 11 and, at the same time, not cause difficulty for genuine refugees who are coming to Canada. You talked about consultation with the provinces, which would be interesting. I do not mean to unduly delay this legislation, but perhaps we should hear from the provinces.

A former deputy minister of immigration, a gentleman in this city who is renowned for his public service, told us in testimony that he not only wrote to your predecessor, but he also wrote to you and to the Prime Minister. He read that correspondence into the record and informed us that he received an answer from no one. What can you say that? What kind of a situation exists when a man of his calibre writes to the Prime Minister and to you and does not receive the courtesy of response? His letter was sent concerning these very matters of immigration, and he speaks with authority, because he was the deputy minister of your very department.

Ms Caplan: Let me reiterate that this bill should be implemented before our summer season. The demand for visitors' visa is heaviest in this season. We cannot stop the work of the department before we implement new legislation. That poses a great challenge to the department. I have said clearly that if you delay this bill, I do not believe you are serving the interests of Canadians. If there are other things that need to be done in the future, they can and will be considered in the light of what you referred to as clear and present danger.

On the other hand, this bill has had extensive consultation. We have listened, and I am aware of the views of all who think it is both too tough and not tough enough. That is why I believe it strikes the right balance. However, the focus of the House of Commons committee was on criminality. In the clauses on criminality, we also deal with security threats. In light of the events of September 11 this committee is rightly focusing on the security threat aspects of this bill.

dis: Ce projet de loi représente un juste équilibre. Aux autres, les rares critiques qui veulent que nous jetions la Charte, que nous déchirions la Convention de Genève, que nous n'accordions pas le bénéfice d'une procédure régulière à quiconque, je dis: Le Canada a pour tradition d'accueillir et d'offrir un espoir aux gens qui ont véritablement besoin de sa protection, et il en est fier. À ceux qui arrivent et qui ne nous disent pas la vérité, nous donnons une chance de bénéficier d'une audience équitable et de voies de droit régulières avant de les renvoyer.

Ce projet de loi réalise un juste équilibre; il nous permettra de simplifier nos procédures, de préserver et de protéger les valeurs que nous chérissons, c'est-à-dire la primauté du droit et des voies de droit régulières, et de rester des Canadiens fiers de leur pays.

Le sénateur LeBreton: Madame la ministre, il faudrait que je relise le compte rendu, mais je crois que vous avez déclaré que lorsque le projet de loi a été examiné par la Chambre, la plupart des partis d'opposition et des témoins trouvaient qu'il était trop dur, et je pense que vous avez dit, trop dur pour les criminels.

Après avoir lu les comptes rendus, j'ai conclu que le problème auquel nous faisons face est celui-ci: comment réagir au danger qui menace depuis le 11 septembre et, parallèlement, ne pas créer de difficultés pour les véritables réfugiés qui viennent au Canada. Vous avez parlé de consultations avec les provinces, ce qui serait intéressant. Mon intention n'est pas de retarder inutilement ce texte législatif, mais nous devrions peut-être entendre le point de vue des provinces.

Un ancien sous-ministre de l'Immigration, un monsieur reconnu dans cette ville réputée pour son service public, nous a dit dans le cadre de son témoignage qu'il avait non seulement écrit à votre prédécesseur, mais également à vous et au premier ministre. Il a lu cette correspondance aux fins du compte rendu et nous a informés qu'il n'avait reçu aucune réponse. Qu'avez-vous à dire à ce sujet? Que se passe-t-il quand un homme de son calibre écrit au premier ministre ainsi qu'à vous et ne reçoit même pas une réponse de courtoisie? Sa lettre portait précisément sur ces questions d'immigration, et il parle en connaissance de cause car il a été sous-ministre dans votre ministère.

Mme Caplan: Permettez-moi de répéter que ce projet de loi devrait être mis en oeuvre avant notre saison d'été. La demande de visas de visiteur est la plus forte pendant cette saison. Nous ne pouvons pas interrompre le travail du ministère avant de mettre en oeuvre une nouvelle législation. Cela pose un grand problème au ministère. J'ai dit clairement que si vous retardiez l'adoption de ce projet de loi, je ne pense pas que vous serviriez les intérêts des Canadiens. Si d'autres choses doivent être faites à l'avenir, elles pourront et seront examinées à la lumière de ce que vous avez décrit comme un danger clair et réel.

En revanche, ce projet de loi a fait l'objet de consultations approfondies. Nous avons écouté, et je suis au courant des points de vue de tous ceux qui pensent qu'il est soit trop, soit pas suffisamment dur. C'est la raison pour laquelle je pense qu'il réalise un juste équilibre. Toutefois, l'attention du comité de la Chambre des communes se portait principalement sur la criminalité. Dans les articles sur la criminalité, nous traitons également des menaces à la sécurité. À la lumière des événements du

However, we heard proposed amendments, both at committee and in the House of Commons, when it was referred back for the report stage that would have added additional steps and additional rights for criminals. This government has opposed any additional steps that would remove or limit our ability to streamline processes and remove those people who are criminally inadmissible. I refer to those who pose security threats to this country. We want them out of here as quickly as possible.

Senator LeBreton: On that point, I do not think any one around this table would want to unduly delay anything. If we had another week or so to hear more witnesses, I do not think that would be considered a delay. I truly believe that we have had far too many examples, certainly since I have been in the Senate, of pass legislation now and fix it later. Two more weeks with this could not possibly be constituted as an undue delay.

Ms Caplan: I respectfully disagree.

[Translation]

Senator Pépin: One witness asked us what would happen to women caught in a prostitution ring. We were told that these women were detained and then sent back to their country. When you know how they were brought here, you wonder why there is no provision in the bill to protect them, rehabilitate them and keep them here. If we send them back, they'll be caught again in the same system. Section 148 definitely does not address the protection we should give these young women. Can you elaborate on this?

[English]

Ms Caplan: I have said publicly and clearly if there is any one, particularly a young woman, in Canada who is being exploited or is in trouble and is afraid to phone the police, she or he can call immigration, any member of Parliament or any senator to ask for help. We will ensure that individual receives the best advice from the police departments to inform the individual of his or her rights under Canadian law.

Before we remove any one, we have an obligation to do a risk assessment to ensure that we are not removing them if they are at serious risk. However, senator, we know that there are people here without any status that do not face risk in their own country. They have a greater risk remaining here because they are being exploited. Therefore, I urge those people to come forward. They can receive help from the police, from immigration, from members of Parliament, from senators, who will do everything they can to see they are protected and sent back to their own country, where they will be safer than they are here. If their

11 septembre, ce comité s'intéresse naturellement aux aspects du projet de loi qui concernent les menaces à la sécurité.

Quoi qu'il en soit, à la fois au comité et à la Chambre des communes, quand il a été renvoyé au stade du rapport, des propositions d'amendements ont été faites, qui auraient ajouté de nouvelles étapes et reconnu des droits supplémentaires aux criminels. Le gouvernement actuel s'est opposé à toutes les mesures supplémentaires qui supprimeraient ou limiteraient notre capacité à rationaliser les processus et à renvoyer les gens qui sont irrecevables du fait de leur passé criminel. Je parle de ceux qui menacent la sécurité de ce pays. Nous voulons qu'ils décampent aussi rapidement que possible.

Le sénateur LeBreton: À cet égard je ne pense pas qu'il y ait quelqu'un autour de cette table qui souhaiterait retarder indûment quoi que ce soit. Si nous disposions d'à peu près une autre semaine pour entendre plus de témoins, je ne pense pas que l'on pourrait dire que nous retardons les choses. Je crois fermement que beaucoup trop souvent, en tout cas depuis que je suis au Sénat, on nous a dit: «Adoptez le texte maintenant et on l'arrangera plus tard.» Deux semaines de plus pour étudier ce texte, ce ne serait certainement pas retarder les choses indûment.

Mme Caplan: Avec tout le respect que je vous dois, je ne suis pas d'accord avec vous.

[Français]

Le sénateur Pépin: Un des témoins nous a demandé ce qui adviendrait des femmes arrêtées dans des réseaux de prostitutions. On nous a dit que ces jeunes femmes étaient détenues et retournées dans leur pays par la suite. Lorsqu'on connaît la façon dont elles ont été amenées ici, pourquoi n'y a-t-il rien dans le projet de loi pour les protéger, les réhabiliter et les garder au pays? Si on les renvoie dans leur pays, elles retourneront dans le même système. L'article 148 ne s'adresse définitivement pas à la protection de ces jeunes femmes. Pouvez-vous m'éclairer sur ce point?

[Traduction]

Mme Caplan: J'ai déclaré publiquement et clairement que s'il y a quelqu'un, notamment une jeune femme, au Canada qui est exploitée ou qui est en difficulté et qui a peur d'appeler la police, il ou elle peut appeler l'immigration, n'importe quel député ou n'importe quel sénateur pour demander de l'aide. Nous ferons en sorte que l'intéressé bénéficie des meilleurs conseils des services de police et soit informé de ses droits en vertu de la législation canadienne.

Avant de renvoyer quelqu'un nous sommes tenus de faire une évaluation des risques pour nous assurer que nous ne renvoyons pas des gens qui courent de graves dangers. Toutefois, madame le sénateur, nous savons qu'il y a des gens ici en situation irrégulière et qui ne courent aucun risque dans leur propre pays. Ils courent plus de risques en restant ici, car ils sont exploités. Par conséquent, j'incite ces gens-là à se faire connaître. Ils peuvent bénéficier de l'aide de la police, de l'immigration, des députés, des sénateurs, qui feront leur possible pour qu'ils soient protégés et renvoyés dans leur propre pays où ils seront plus en sécurité.

country poses a risk, that will be properly considered under Canadian law.

[Translation]

Senator Pépin: I would like to ask a question about panel members. One of the changes introduced in the bill is section 163, dealing with the composition of panels. It says here that cases will be assessed, at the front end, by a single member, whereas, in the past, there were two. Several witnesses told us they were concerned about this section of the bill. Ms Janet Merch, Director of the Canadian Council for Refugees, was quoted in the press as saying:

Our refugee selection system can be compared to a lottery; it all depends on who is the board member who hears your case. All other things being equal, you could either be approved or rejected.

How did you decide to have single-member panels? It says in section 163 that there might be exceptions and that panels of three members could be constituted, if need be. Why such caution? In which situation do you go from a single-member panel to a panel of three members?

[English]

Ms Caplan: That is a very important question. This legislation significantly changes the structure at the Immigration and Refugee Board.

At present, there are three divisions at the Immigration and Refugee Board. There is the Convention Refugee Determination Division, or CRDD. There is the Immigration Appeal Division, or IAD and there is the Adjudication Division. We are making a very important and significant change. That change is streamlining. We are changing the CRDD to the protection division because we are consolidating all of the grounds for protection. All the steps I told you about before will involve one decision made by one adjudicator at the new protection division of the IRB.

We are creating a very important refugee appeal division called the RAD. That is new. The RAD will receive appeals at the IRB. We expect that most cases will be reviewed by the RAD, which will ensure consistency. Appeals will be able to be made to the RAD by both individuals and the minister. However, I will not be personally attending all of these hearings but will send representatives to do so.

The whole purpose is to ensure that the correct decision is made and that people are given an appeal. Our expectation is that, because we will have a faster procedure and more consistency at the refugee appeal division, when cases are requested to be reviewed by the Federal Court, the ability of the RAD to fix mistakes will give greater assurance to the Federal Court in the decision making at the IRB. In that way, we will see fewer cases actually given review at the Federal Court.

Once again, we will have streamlining and a tighter timeline before people are in a position to be removed from Canada. The whole goal is that we do a fair but faster job to ensure that we

qu'ils ne le sont ici. S'ils courent un risque quelconque dans leur pays, cela sera convenablement évalué dans le cadre de la loi canadienne.

[Français]

Le sénateur Pépin: J'aimerais soulever un point au sujet des commissaires. Une des modifications du projet de loi se retrouve à l'article 163 relatif à la compétition des tribunaux de l'immigration et des réfugiés. D'après cet article, l'évaluation d'un dossier, au départ, sera faite par un seul commissaire alors qu'auparavant elle était faite par deux commissaires. Plusieurs témoins ont manifesté leur inquiétude en ce qui a trait à cet article du projet de loi. Dans un article de presse, la directrice du Conseil canadien des réfugiés, Mme Janet Merch, disait:

Notre système de sélection des réfugiés pourrait être assimilé à une loterie dépendant du commissaire sur lequel on tombe. Pour deux cas semblables, un pourrait être accepté et l'autre refusé.

Comment êtes-vous arrivée à ce que le quorum soit réduit à un seul commissaire? L'article 163 indique qu'il peut y avoir des exceptions et qu'un tribunal composé de trois commissaires pourrait être nécessaire. Pourquoi une telle précaution? Dans quelles conditions peut-on passer de un à trois commissaires?

[Traduction]

Mme Caplan: C'est une question très importante. Ce texte législatif modifie substantiellement la structure de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié.

À l'heure actuelle, la Commission de l'immigration et du statut de réfugié comporte trois sections. Il y a la Section du statut de réfugié, ou la SSR. Il y a la Section d'appel de l'immigration, ou la SAI; il y a la Section d'arbitrage. Nous procédons à une modification importante et substantielle. Je parle de rationalisation. Nous avons transformé la SSR en Section de la protection, car nous regroupons ainsi tous les motifs de protection. Toutes les étapes dont je vous ai parlé auparavant nécessiteront une seule décision, qui sera prise par un arbitre de la nouvelle Section de la protection au sein de la CISR.

Nous créons une très importante Section d'appel des réfugiés, appelée la SAR. C'est nouveau. La SAR s'occupera des appels au sein de la CISR. Nous pensons que la plupart des cas seront examinés par la SAR, ce qui garantira une certaine cohérence. Les appels pourront être soumis à la SAR aussi bien par les individus concernés que par moi-même. Je n'assisterai pas personnellement à toutes les audiences, mais j'y enverrai des représentants.

Le but est d'assurer que la bonne décision est prise et que les gens ont la possibilité de faire appel. Nous voudrions que, grâce à la procédure plus rapide et plus cohérente suivie par la Section d'appel des réfugiés, lorsqu'il sera nécessaire de faire examiner des cas par la Cour fédérale, le fait que la SAR est en mesure de réparer les erreurs éventuelles rassurera la Cour fédérale quant au processus de prise de décisions de la SSR. De cette manière, nous devrions voir moins de dossiers soumis à la Cour fédérale.

Je répète que les choses seront simplifiées et que les échéances seront plus courtes avant que l'on décide d'expulser les gens du Canada. L'objectif global est de faire un travail équitable, mais

have good, consistent decision making and that we are restructuring the agency to do this based on 10 years of experience with an organization that is highly respected in the international community.

You would be amazed by the number of countries that ask for a briefing on how our independent quasi-judicial IRB functions. They are extremely interested in the reform because most democratic countries, those who have signed the Geneva Convention, have many of the same problems with many of their appeals, port oversight and time delays that we have. We are looking carefully at a model that will be faster but fairer in giving people the right to make, what I think, is an important claim that should not be prejudged. That is the claim that they face persecution and need Canada's protection.

Senator Prud'homme: Such a bill touches so many shoes. Although I am not a member of the committee, I read the bill and I would like to ask you a question. Senator Pépin's question was of great concern because there is potential for a fourth court, or division for one in Immigration and Refugee Board. I do not know if Mr. Warren Allmand was consulted on clauses 256 and 257 that concerns the International Centre for Human Rights and Development Act. It is minor, but I would like to know.

The court is of concern to me. In your summary, at the beginning under ie. Refugee Appeal Division within the Immigration Refugee Board to enhance fairness and consistency in decision making.

I have seen cases where there were inconsistencies. Montreal people were more liberal in their interpretation of consistency and Toronto people were more severe, in the case of some. A meeting took place with both groups so that they could try to come to terms and have what they call more consistency. It happened to be that the level of consistency leaned more toward Toronto than toward Montreal.

Minister Caplan, you said that you do not want more money. I agree.

Ms Caplan: Would you find that in the record, senator?

Senator Prud'homme: I would make you popular by saying that you do not need more money. What we do need, in this country, is more coordination between our available resources. I sat with Senator Kenny on the security committee and we realized that there is no coordination. I regret to say that there is not much cooperation between CSIS and the RCMP.

We have seen the failure of the FBI, the CIA, Interpol and others that I prefer not to mention this morning. Because Canadians seem to want someone to be tough somewhere we are being asked to hurry along what we consider to be an important piece of legislation. In the Senate, we used to say that order

plus rapidement, d'assurer que nos décisions sont correctes et cohérentes et de procéder à la restructuration de la Commission en fonction des dix années d'expérience d'un organisme très respecté sur le plan international.

Vous seriez surpris de savoir combien de pays demandent qu'on les informe sur la façon dont fonctionne notre CISR, un organe quasi judiciaire et indépendant. Ils sont extrêmement intéressés par la réforme car la plupart des pays démocratiques, ceux qui ont signé la Convention de Genève, sont confrontés à beaucoup des mêmes problèmes que nous connaissons au niveau des appels, des lacunes dans les contrôles aux points d'entrée et des retards. Nous sommes en train d'examiner attentivement un système qui sera plus rapide mais plus équitable, puisqu'il reconnaîtra aux gens le droit de soumettre ce qui, je pense, est une revendication importante et qui ne devrait pas être entachée d'un jugement prématuré. Je parle des revendications qui sont faites par des gens qui sont persécutés et qui ont besoin de la protection du Canada.

Le sénateur Prud'homme: Un projet de loi comme celui-ci soulève bien d'autres problèmes. Je ne suis pas membre du comité, mais j'ai lu le projet de loi et j'aimerais poser une question. Ce qu'a dit le sénateur Pépin est très préoccupant, car il y a la possibilité d'un quatrième tribunal ou division, contre un seul à la Commission de l'immigration et du statut de réfugié. Je ne sais pas si M. Warren Allmand a été consulté à propos des articles 256 et 257 qui se rapportent à la Loi sur le Centre international des droits de la personne et du développement démocratique. C'est un aspect mineur, mais j'aimerais savoir.

La question de la cour me préoccupe. Dans votre résumé, au début quand vous parlez de la Section d'appel des réfugiés de la Commission de l'immigration, vous dites que vous souhaitez l'impartialité et la cohérence des prises de décisions.

J'ai connu des cas où apparaissaient des contradictions. Les gens de Montréal se montraient plus généreux dans leur interprétation de la cohérence, alors que ceux de Toronto étaient plus sévères, dans certains cas. On a réuni les deux groupes pour qu'ils s'entendent et parviennent à ce qu'on appelle une plus grande cohérence et, soit dit en passant, cette cohérence a penché davantage vers l'interprétation de Toronto que vers celle de Montréal.

Madame la ministre, vous avez déclaré que vous ne vouliez pas plus d'argent. Je suis d'accord.

Mme Caplan: Pourriez-vous retrouver cela dans le compte rendu, sénateur?

Le sénateur Prud'homme: Je vous rendrais populaire en déclarant que vous n'avez pas besoin de plus d'argent. Ce dont nous avons besoin dans ce pays, c'est d'une meilleure coordination des ressources disponibles. J'ai siégé avec le sénateur Kenny au Comité de sécurité, et nous avons constaté qu'il n'y avait pas de coordination. J'ai le regret de dire qu'il n'y a pas beaucoup de coopération entre le SCRS et la GRC.

Nous avons été témoins de la faillite du FBI, de la CIA, d'Interpol et d'autres que je préfère ne pas mentionner ce matin. Comme il semble que les Canadiens souhaitent que quelqu'un, quelque part, fasse preuve de fermeté, on nous demande de nous d'examiner en toute hâte ce que nous considérons comme un

excluded haste and precipitation. If you want to have something good, you take your time and you meet with success.

We are concerned. We know Canadians expect toughness, but it is our duty as senators to reflect and develop a good bill. For instance, I am not of the opinion that it will be an explosive issue in Quebec.

Some immigrants were too insistent that people should speak either French or English. This country was built by people who spoke neither, but whose determination to build this country was great. I would hope in due time you would consider that.

If this had taken place last March, we would be spending \$1 billion now on the missile defence shield. Who is talking about that? The billions of dollars that are about to be invested and debated in the Senate were for the great missile defence shield. Why is it that, in this bill, there is no definition of terrorism? It is a difficult question. Every one has been asking that. Your definition of freedom fighter for some is the same as the definition of terrorist for others.

Ms Caplan: There has been a general view that if you are to have a definition of terrorism that it should be included in the Criminal Code of Canada and not in an immigration bill. We deal with evidence and we argue at the appropriate court for the ability to detain when we believe an individual poses a danger or a risk to Canada. That has been the view in the past and it remains the view of my department and, I believe, the justice department, as well.

There are a couple of points that the senator made that I will address. The first is to explain what will happen at the IRB because it is important that senators clearly understand that. We will have a new Refugee Protection Division, where in the first instance the individual will be referred for a hearing with a single member. The Refugee Appeal Division is the next step, which will be a paper review to ensure fairness and consistency. We expect that the judicial review will occur at the end of the second step.

Traditionally, the courts have waited until the end of the process. This will help us to effectively streamline because we will not have the existing process of multiple steps and multiple judicial reviews. This will allow a faster but fairer system because the Refugee Appeal Division, which is a paper appeal, will look at consistency and will ensure that fairness has been done.

On the issue of language that you raised, under the legislation it is not a bar in the new selection system, but significant points are given for knowledge of English or French.

important texte législatif. Au Sénat, nous avons l'habitude de dire que l'ordre exclut la hâte et la précipitation. Si vous voulez faire quelque chose de bien, vous prenez votre temps, c'est le secret de la réussite.

Nous sommes préoccupés. Nous savons que les Canadiens souhaitent que le gouvernement se montre ferme, mais il est de notre devoir, en tant que sénateurs, de réfléchir et d'élaborer un bon projet de loi. Par exemple, je ne suis pas d'avis que ce sera une question explosive au Québec.

Certains ont trop insisté sur le fait que les gens devraient parler soit français soit anglais. Ce pays a été bâti par des gens qui ne parlaient ni l'un ni l'autre, mais qui étaient animés par la ferme volonté de construire ce pays. J'espère qu'en temps utile, vous en tiendrez compte.

Si ces audiences s'étaient déroulées au mois de mars dernier, nous consacrerions aujourd'hui 1 milliard de dollars au système de défense antimissile. Qui en parle maintenant? Les milliards de dollars dont l'investissement est sur le point d'être débattu au Sénat étaient pour le grand système de défense antimissile. Comment se fait-il que dans ce projet de loi il n'y a pas de définition du terrorisme? C'est une question difficile. Tout le monde a posé la question. Celui qui est, pour certains, un combattant de la liberté est pour d'autres un terroriste.

Mme Caplan: De l'avis général, s'il devait y avoir une définition du terrorisme, elle devrait figurer dans le Code criminel du Canada et non dans un projet de loi sur l'immigration. Nous nous fondons sur des preuves et nous plaçons devant le tribunal approprié le droit d'arrêter un individu quand nous pensons qu'il présente un danger ou un risque pour le Canada. Telle était la façon de voir les choses par le passé, et cela reste la façon dont on voit les choses dans mon ministère et au ministère de la Justice aussi, je pense.

Il y a quelques points que le sénateur a soulevés et auxquels je voudrais répondre. Premièrement, je voudrais expliquer ce qui va arriver à la CISR, car il est important que les sénateurs le sachent clairement. Il y aura une Section de la protection des réfugiés, à laquelle seront renvoyées en première instance les personnes qui auront droit à une audience avec un seul commissaire. L'étape suivante est la Section d'appel des réfugiés, chargée d'examiner les documents pour s'assurer de l'impartialité et de la cohérence du processus suivi. Nous prévoyons que le contrôle judiciaire aura lieu à la fin de la deuxième étape.

Traditionnellement, les tribunaux n'ont été saisis qu'à la fin du processus. Cela nous aidera à effectivement simplifier la procédure, car nous n'aurons plus les multiples étapes et multiples contrôles judiciaires qui existent actuellement. Le système sera plus rapide, mais plus équitable, car la Section d'appel des réfugiés, qui traite uniquement des dossiers sur papier, s'assurera de la cohérence et de l'impartialité du processus qui a été appliqué.

À propos du problème de langue que vous avez soulevé, ce n'est pas obstacle dans le nouveau système de sélection, mais un nombre de points substantiel est accordé pour la connaissance de l'anglais et du français.

All of the studies that have been done and a person's ability to integrate quickly and become productive in Canadian society say that language is a significant indicator of success. The better the language skills, the faster a person can find a job and the faster they will be successful in integrating and contributing to Canadian society. The new point system will be giving significant points for language because the evidence tells us that we should be doing that.

I believe that I covered the important points that you raised, senator, but if will there was something that I missed, I would be happy to answer.

Senator Prud'homme: As a comment, we are giving much new authority to immigration officers. He will have a list of people known as terrorists. He would have the strong authority to dispose of that case.

Do we have the knowledge to handle that situation? There are thousands of people to educate on the difference between people who are truly escaping freedom fighters and those people who are terrorist. We certainly do not want the terrorists.

Ms Caplan: The training has already begun on the security aspects of the legislation for all immigration officers. We believe that the training is an important requirement in order to make good decisions.

I would not suggest that every decision made by every officer is always a perfect decision. For that reason, we have put into place mechanisms to correct imperfect decisions. That is what we call due process and rule of law. All Canadians are proud of that.

I do not worry about giving immigration officers authority. They must have that authority to be able to make the decisions that Canadians expect them to make. That was a concern expressed at the House of Commons committee by those who made representations and presentations. I completely disagree with them.

The law gives immigration officers the authority that they need to act in the public interest. I would ask that we understand and appreciate the important job they do on the front lines around the world at our visa posts and at the secondary inspection line when people are referred to them when they come to Canada.

We are grateful to the customs officers who act under the Immigration Act on our behalf. We make sure they are as well trained as they can be. We know that often they are dealing with people who are looking them in the eye and doing everything they can to evade giving an honest answer. Sometimes they send someone to the inspection line who is annoyed and upset because they do not think that they should have been referred there.

The goal is to stop those from coming into Canada who pose a threat or who are inadmissible because of criminality or for one of the other inadmissibility provisions. At the same time, we want to

Toutes les études qui ont été faites sur la capacité d'une personne à s'intégrer rapidement et à devenir productive dans la société canadienne démontrent que la langue est un indicateur significatif de réussite. Mieux une personne connaît la langue, plus rapidement cette personne peut trouver un emploi et plus rapidement elle réussira à s'intégrer et à contribuer à la société canadienne. Le nouveau système de points en prévoit un nombre significatif pour la connaissance d'une des deux langues car l'expérience nous montre qu'il devrait en être ainsi.

Je pense avoir couvert les points importants que vous avez soulevés, sénateur, mais si j'ai oublié quelque chose, dites-le moi et je me ferai un plaisir de vous répondre.

Le sénateur Prud'homme: J'aimerais faire remarquer que nous accordons beaucoup de nouveaux pouvoirs aux agents d'immigration. Ils auront une liste de gens connus comme des terroristes. Ils auront le pouvoir de trancher dans bien des cas.

Avons-nous les connaissances nécessaires pour gérer cette situation? Il y a des milliers de gens qu'il faut former pour qu'ils puissent faire la différence entre un véritable combattant de la liberté qui s'enfuit et un terroriste. Il est certain que nous ne voulons pas des terroristes.

Mme Caplan: La formation de tous les agents d'immigration est déjà en route pour ce qui concerne ce qui touche à la sécurité dans le projet de loi. Nous considérons que la formation est une nécessité, afin d'assurer que les bonnes décisions seront prises.

Je ne veux pas dire que toutes les décisions prises par tous les agents seront toujours parfaites. C'est pour cette raison que nous avons mis en place des mécanismes pour remédier aux décisions erronées. C'est ce que nous appelons les voies de droit régulières et la primauté du droit. Tous les Canadiens en sont fiers.

Je n'ai pas de crainte en ce qui concerne l'octroi de pouvoirs aux agents d'immigration. Ils doivent avoir l'autorité voulue pour prendre les décisions que les Canadiens souhaitent qu'ils prennent. C'était une préoccupation qui a été exprimée au comité de la Chambre des communes par des témoins venus défendre un point de vue et faire un exposé. Je ne suis pas du tout d'accord avec eux.

La loi accorde aux agents d'immigration les pouvoirs dont ils ont besoin pour agir dans l'intérêt public. Je voudrais que l'on comprenne et que l'on apprécie le travail important qu'ils effectuent en première ligne partout dans le monde, dans nos bureaux des visas, et en deuxième instance, lorsqu'on leur envoie des gens après leur entrée au Canada.

Nous sommes reconnaissants aux agents de douane qui agissent en notre nom dans le cadre de la Loi sur l'immigration. Nous veillons à ce qu'ils soient aussi bien formés que possible. Nous savons qu'ils ont souvent affaire à des gens qui les regardent droit dans les yeux tout en faisant tout leur possible pour éviter de donner une réponse honnête. Parfois, ils envoient à nos inspecteurs quelqu'un qui est agacé et contrarié parce qu'il ne pense pas qu'il aurait dû être traité de cette façon.

Le but est d'empêcher l'entrée au Canada de ceux qui constituent une menace ou qui sont irrecevables à cause de leurs antécédents criminels ou à cause d'une autre des dispositions

be courteous and welcoming to those who have legitimate reason to be in Canada. That is the balance that our department tries to achieve. I am very proud of the officers. While not perfect, they are doing a fine job on behalf of Canadians.

The Chairman: Minister, I want to thank you for your generosity of time this morning. We appreciate your being here, listening to our questions and providing fulsome answers. The questions you are likely to get across the hall in the scrum may not be as interesting as ours, but they may be somewhat more difficult.

Ms Caplan: Thank you honourable senators, I appreciate your work.

The Chairman: Honourable senators, we will continue with the business of the committee. There has been a discussion between Senator LeBreton and myself regarding next steps. Subsequent to our discussion the leaders of our parties in the chamber have discussed next steps.

A number of people, including Senator LeBreton, Senator Roche, Senator Di Nino and others, requested that we hear witnesses in particular on two issues. One is the constitutionality of the bill and the Charter issue raised by members of the bar. The second is the issue of the role of provinces and the statements made recently by a number of provinces, Ontario, British Columbia and New Brunswick leap to mind.

We will not proceed to clause-by-clause study of the bill today. We will listen to those witnesses either next week or the week of October 22. This committee is committed to doing public hearings in the four provincial capitals out West during the week of October 15.

In terms of dealing with Bill C-11, we will stand adjourned to the call of the chair once Senator LeBreton and I have determined a date for the witnesses. It will be either next week or the week of October 22.

I suggest that we go *in camera* so the committee can revert to health care issues.

The committee continued *in camera*.

relatives à l'interdiction de territoire. Mais nous voulons en même temps nous montrer courtois et accueillants envers ceux qui ont une raison légitime de se trouver au Canada. Tel est l'équilibre vers lequel tend le travail de mon ministère. Je suis très fière des agents. Même s'ils ne sont pas parfaits, ils font un excellent travail au bénéfice de tous les Canadiens.

Le président: Madame la ministre, je tiens à vous remercier du temps que vous nous avez généreusement consacré ce matin. Nous apprécions le fait que vous vous soyez déplacée, que vous ayez écouté nos questions et que vous y ayez répondu en détail. Les questions qui vous seront sans doute posées de l'autre côté du hall, lors de votre point de presse, ne seront peut-être pas aussi intéressantes que les nôtres, mais elles pourraient s'avérer un peu plus difficiles.

Mme Caplan: Je remercie les honorables membres du Sénat dont j'apprécie le travail.

Le président: Mesdames et messieurs du Sénat, nous allons poursuivre les délibérations du comité. Le sénateur LeBreton et moi-même avons discuté de l'étape suivante. Suite à notre discussion, les leaders de nos partis au Sénat ont discuté des étapes suivantes.

Plusieurs personnes, dont le sénateur LeBreton, le sénateur Roche, le sénateur Di Nino et d'autres ont demandé que nous entendions des témoins sur deux points en particulier. Le premier touche la constitutionnalité du projet de loi et le problème de la Charte soulevé par les membres du Barreau. Le deuxième est la question du rôle des provinces et des déclarations faites récemment par plusieurs provinces, dont l'Ontario, la Colombie-Britannique et le Nouveau-Brunswick.

Nous ne nous engagerons pas aujourd'hui dans une étude article par article du projet de loi. Nous entendrons ces témoins soit la semaine prochaine, soit dans la semaine du 22 octobre. Le comité s'est engagé à organiser des audiences publiques dans quatre capitales provinciales de l'Ouest pendant la semaine du 15 octobre.

En ce qui concerne l'examen du projet de loi C-11, la séance sera levée une fois que le sénateur LeBreton et moi-même aurons fixé une date pour la comparution des témoins. Ce sera soit la semaine prochaine, soit dans le courant de la semaine du 22 octobre.

Je suggère que nous poursuivions maintenant à huis clos afin que le comité puisse revenir sur les questions relatives aux soins de santé.

Le comité poursuit ses travaux à huis clos.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada —
Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —
Édition
45 Boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

APPEARING—COMPARAÎT

The Honourable Elinor Caplan, P.C., M.P., Minister of
Citizenship and Immigration.

L'honorable Elinor Caplan, c.p., députée, ministre de la
Citoyenneté et de l'Immigration.

WITNESSES—TÉMOINS

From the Department of Citizenship and Immigration:

Michel Dorais, Deputy Minister;

Joan Atkinson, Assistant Deputy Minister, Policy and
Program Development;

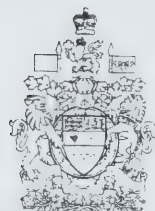
David Dunbar, Senior Counsel, Legal Services.

Du ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration:

Michel Dorais, sous-ministre;

Joan Atkinson, sous-ministre adjointe, Développement des
politiques et programmes;

David Dunbar, avocat-conseil, Services juridiques.



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001

Première session de la
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Monday, October 15, 2001

Le lundi 15 octobre 2001

Issue No. 30

Fascicule n° 30

Twenty-fifth meeting on:
The state of the health care system in Canada

Vingt-cinquième réunion concernant:
L'état du système de soins de santé au Canada

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

| | |
|----------------------|------------------|
| Callbeck | Keon |
| * Carstairs, P.C. | * Lynch-Staunton |
| (or Robichaud, P.C.) | (or Kinsella) |
| Carney, P.C. | Morin |
| Cook | Pépin |
| Cordy | Robertson |
| Fairbairn, P.C. | Roche |

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Change in membership of the committee

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Carney, P.C., substituted for that of the Honourable Senator Di Nino (*October 15, 2001*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

| | |
|----------------------|------------------|
| Callbeck | Keon |
| * Carstairs, c.p. | * Lynch-Staunton |
| (ou Robichaud, c.p.) | (ou Kinsella) |
| Carney, c.p. | Morin |
| Cook | Pépin |
| Cordy | Robertson |
| Fairbairn, c.p. | Roche |

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Carney, c.p., est substitué à celui de l'honorable sénateur Di Nino (*le 15 octobre 2001*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

WINNIPEG, Monday, October 15, 2001

(34)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in the Victoria-Albert Room, Delta Winnipeg Hotel, Winnipeg, Manitoba, at 9:05 a.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Keon, Kirby, Morin, and Pépin (4).

Other senators present: The Honourable Senator Stratton (1).

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the Committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No.2.*)

WITNESSES:

From the University of Manitoba:

Linda West, Professor, Asper School of Business.

From the Frontier Centre for Public Policy:

Peter Holle, President.

From the Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development:

Dr. Henry Friesen, Team Leader;

Dr. John Foerster;

Dr. Audrey Tingle;

Chuck Laflèche.

From the Regional Health Authorities of Manitoba:

Bill Bryant, Chair, Council of Chairs;

Kevin Beresford, Chair, Council of CEOs;

Randy Lock, Executive Director.

From the Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation:

Dr. Noralou Roos.

From the Women's Health Clinic:

Madeline Boscoe, Advocacy Coordinator.

From Hospice and Palliative Care Manitoba:

Dr. Paul Henteleff, Chair, Advocacy Committee;

John Bond, Member of Advocacy Committee;

Margaret Clarke, Executive Director.

From the Canadian Union of Public Employees in Manitoba (CUPE):

Paul Moist, President;

PROCÈS-VERBAL

WINNIPEG, le lundi 15 octobre 2001

(34)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui dans le salon Victoria-Albert de l'hôtel Delta Winnipeg, à Winnipeg (Manitoba), à 9 h 05, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (président).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Keon, Kirby, Morin et Pépin (4).

Autre sénateur présent: L'honorable sénateur Stratton (1).

Également présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement, Odette Madore.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son étude spéciale sur l'état du système de soins de santé au Canada. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure dans les délibérations du comité, fascicule n^o 2.*)

TÉMOINS:

De l'Université du Manitoba:

Mme Linda West, professeure, Asper School of Business.

Du Frontier Centre for Public Policy:

Peter Holle, président.

Du Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development:

M. Henry Friesen, chef d'équipe;

M. John Foerster;

Mme Audrey Tingle;

Chuck Laflèche.

Des offices régionaux de la santé du Manitoba:

Bill Bryant, président, Conseil des présidents;

Kevin Beresford, président, Conseil des administrateurs;

Randy Lock, directeur général.

Du Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba:

Mme Noralou Roos.

De la Women's Health Clinic:

Madeline Boscoe, coordonnatrice de parrainage.

De Hospice and Palliative Care Manitoba:

M. Paul Henteleff, président, Comité de parrainage;

M. John Bond, membre, Comité de parrainage;

Margaret Clarke, directrice générale.

De la Canadian Union of Public Employees in Manitoba (CUPE):

Paul Moist, président;

Lorraine Sigurdson, Health Care Coordinator.

From the Société franco-manitobaine:

Daniel Boucher, Chief Executive Officer.

As a walk-on:

Barry Shtatleman.

The Chairman made a statement. Professor West made a statement. Mr. Holle made a statement. The witnesses answered questions.

The Chairman made a statement. Dr. Friesen made a statement. Dr. Tingle made a statement. Dr. Foerster made a statement. Mr. Lafleche made a statement. The witnesses answered questions.

At 11:15 a.m., the sitting was suspended.

At 11:18 a.m., the sitting was resumed.

The Chairman made a statement. Mr. Bryant made a statement. Mr. Berresford made a statement. The witnesses answered questions.

At 12:11 p.m., the sitting was suspended.

At 1:19 p.m., the sitting was resumed.

The Chairman made a statement. Dr. Roos made a statement. Ms. Boscoe made a statement. The witnesses answered questions.

Dr. Henteleff made a statement, and together with the other witnesses, answered questions.

Mr. Boucher made a statement. Mr. Moist made a statement. The witnesses answered questions.

The Chairman invited persons to make short statements to the committee.

Mr. Shtatleman made a statement.

At 4:04 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Lorraine Sigurdson, coordonnatrice des soins de santé;

De la Société franco-manitobaine:

Daniel Boucher, président-directeur général.

Témoignage libre:

Barry Shtatleman.

Le président fait une déclaration. Mme West fait une déclaration. M. Holle fait une déclaration. les témoins répondent aux questions.

Le président fait une déclaration. M. Friesen fait une déclaration. Mme Tingle fait une déclaration. M. Forster fait une déclaration. M. Laflèche fait une déclaration. les témoins répondent aux questions.

À 11 h 15, la séance est suspendue.

À 11 h 18, la séance reprend.

Le président fait une déclaration. M. Bryant fait une déclaration. M. Berresford fait une déclaration. les témoins répondent aux questions.

À 12 h 11, la séance est suspendue.

à 13 h 19, la séance reprend.

Le président fait une déclaration. Mme Roos fait une déclaration. Mme Boscoe fait une déclaration. les témoins répondent aux questions.

M. Henteleff fait une déclaration et, avec les autres témoins, répond aux questions.

M. Boucher fait une déclaration. M. Moist fait une déclaration. les témoins répondent aux questions.

Le président invite les membres du public à faire de courtes déclarations au comité.

M. Shtatleman fait une déclaration.

À 16 h 04, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du comité.

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

WINNIPEG, Monday, October 15, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9:05 a.m. to examine the state of the health care system in Canada.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[English]

The Chairman: Senators, we are here to get reaction to our "Issues and Options" paper, which, as I think people know, was released about a month ago. We have a series of witnesses today in Winnipeg as we start visiting every province over the next four weeks.

Our first witness is Professor Linda West from the Asper School of Business at the University of Manitoba. Thank you for delivering your paper to us. Our hope is that you will begin with a summary of your comments and we will inevitably have a variety of questions that we would like to ask. Thank you for taking the time to be with us this morning.

Ms Linda West, Professor, Asper School of Business, University of Manitoba: It is my privilege and honour to be here.

I also quite enjoyed a trip to France this summer. It is difficult to go and do research in another country. I would like to introduce you to what I want to speak about through a real family. I would like to tell you about Jean-Luc and Maria. They are a couple in their early forties with two young children. Jean Luc and Maria live in Grenoble, a city in the French Alps that services approximately 600,000 people.

Jean Luc runs a small hotel and Maria teaches at a public school. They are both active in the community.

When asked about the health care system in France, they tell you it is good. Maria gave birth in a private centre. She, like every other woman in France who gives birth, was guaranteed three days of hospitalization. Jean-Luc had surgery on his knee a few months ago in a private clinic. He did not have to wait for a family physician. He did not have to wait for a specialist. He did not have to wait for his test, and finally, he did not have to wait for his surgery. On the day he arrived for his surgery, everybody knew his name and the clinic was furnished like a home, not a hospital. This made him feel very comfortable. He was discharged at 6:00 p.m. and the physiotherapist was available the next day. The repeated visits to the physiotherapist seemed to be key in ensuring both his physical recovery and reassuring him that that recovery was progressing normally.

During the interview, it was revealed that Jean-Luc's mother was recovering from cancer. About two years ago, she started to have some abdominal pain. One morning she woke up and found it difficult to get out of bed, so she decided to do something about it. Within minutes, her family physician arrived at her home. The

TÉMOIGNAGES

WINNIPEG, le lundi 15 octobre 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 h 05 pour étudier le système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[Traduction]

Le président: Sénateurs, nous sommes ici aujourd'hui pour entendre des réactions concernant le document intitulé «Questions et options», qui, comme la plupart des gens le savent, je crois, a été rendu public il y a environ un mois. Au moment où nous entreprenons une tournée qui nous conduira dans toutes les provinces au cours des quatre prochaines semaines, nous avons aujourd'hui parmi nous une série de témoins de Winnipeg.

Notre premier témoin est Mme Linda West de l'Asper School of Business de l'Université du Manitoba. Merci de comparaître devant nous pour présenter votre témoignage. Nous espérons que vous allez commencer par un résumé de vos commentaires, après quoi nous allons inévitablement vouloir vous poser diverses questions. Merci d'avoir pris le temps d'être parmi nous ce matin.

Mme Linda West, professeure, Asper School of Business, Université du Manitoba: Être ici est pour moi un privilège et un honneur.

Cet été, j'ai aussi eu l'occasion d'effectuer un voyage en France. Il est difficile d'aller faire des recherches dans un pays étranger. Mes commentaires, je voudrais vous les présenter par l'entremise d'une famille bien réelle. Permettez-moi de vous présenter un couple, soit Jean-Luc et Maria. Ils sont au milieu de la quarantaine et ont deux jeunes enfants. Jean-Luc et Maria vivent à Grenoble, ville des Alpes françaises où habitent environ 600 000 personnes.

Jean Luc exploite un petit hôtel, tandis que Maria enseigne dans une école publique. Ils sont tous les deux actifs au sein de leur collectivité.

Interrogés au sujet du système de soins de santé en France, ils vous diront qu'il est bon. Maria a accouché dans un centre privé. À l'instar de toutes les femmes qui accouchent en France, elle a eu droit à trois journées d'hospitalisation garanties. Il y a quelques mois, Jean-Luc a subi une intervention chirurgicale au genou dans une clinique privée. Il n'a pas dû attendre de consulter un médecin de famille. Il n'a pas dû attendre de consulter un spécialiste. Il n'a eu à attendre ni pour les tests ni pour l'intervention. Le jour de l'intervention, chacun connaissait son nom, et la clinique était meublée comme une maison, et non comme un hôpital. Il s'y est tout de suite senti très à l'aise. À 18 heures, il a reçu son congé, et il a rencontré le physiothérapeute dès le lendemain. Les visites répétées au physiothérapeute ont semblé jouer un rôle clé dans sa récupération physique, en plus de lui donner l'assurance que sa convalescence se déroulait normalement.

Pendant l'interview, j'ai appris que la mère de Jean-Luc se remettait du cancer. Il y a environ deux ans, elle a commencé à éprouver des douleurs à l'abdomen. Un matin, elle a eu de la difficulté à sortir du lit. Elle a donc décidé de réagir. Quelques minutes plus tard, son médecin de famille est arrivé chez elle. Très

physician was very concerned, phoned for an ambulance for Jean-Luc's mother, and met her at the hospital.

On that same day, Jean-Luc's mother saw a specialist, received numerous tests, including a scan, and the next day had bowel surgery. All follow-up treatments were immediately available.

The World Health Organization has ranked France's health system as number one out of a 190 countries they surveyed. Judging took into consideration five criteria: one, the overall level of health within the population; two, health inequities within the population; three, the health system's responsiveness; four, how well the various economic groups are served; and lastly, the distribution of costs. In this survey, Canada ranked thirtieth.

One of the key conclusions of the World Health Organization ranking is that spending copious amounts of money does not ensure success. The U.S. Health system, for example, consumes a higher proportion of the gross domestic product than any other country, but ranks only thirty-seventh and leaves approximately one-third of its population uninsured or underinsured. The United Kingdom spends much less of its GDP on health services and ranks eighteenth. However, it is plagued with several problems, including very long waiting lists and dissatisfaction from both patients and providers.

France has chosen a middle path. The French health care system is based on a national, universal and compulsory health insurance system linked to employment and financed by employers and employees, creating a purchaser-provider separation. The government has created a framework for health care in which the public and private hospitals co-exist to provide the population with easy access to the required treatment.

Within this framework, both public and private hospitals are subject to government approval for their location, development and major medical equipment investments. For each medical specialty, there is a bed-to-population ratio that has a direct impact on what is approved.

Citizens have almost total freedom to choose between private and public health care systems without referral. Accreditation and evaluation watchdogs are independent of the government. Waiting lists are rare.

The French system is fair to poor French citizens, who pay only 26 per cent out of their pocket. Our system is more costly at \$200 per person per year, and on average, we pay 30 per cent out of our pocket for additional insurance.

France has a higher disability-adjusted life expectancy than does Canada. In Canada it is 72 years and in France it is 73.1. Life expectancy is fairly similar, with the women in France living longer than our women, but living without disability for a year and a bit longer.

inquiet, il a demandé une ambulance par téléphone pour la mère de Jean-Luc, et l'a rejointe à l'hôpital.

Le même jour, la mère de Jean-Luc a vu un spécialiste, a subi de nombreux tests, y compris un scanner. Le lendemain, on l'a opérée aux intestins. Elle n'a jamais eu à attendre pour les examens de suivi.

Le système de santé de la France est venu au premier rang parmi 190 pays évalués par l'Organisation mondiale de la santé. L'enquête a porté sur cinq critères: premièrement, l'état général de santé de la population; deuxièmement, les iniquités entre habitants dans le domaine de la santé; troisièmement, la faculté de réponse du système de santé; quatrième, la qualité des services offerts aux divers groupes économiques; et, en dernier lieu, la répartition des coûts. Dans cette enquête, le Canada est arrivé au trentième rang.

L'une des principales conclusions du classement de l'Organisation mondiale de la santé, c'est que le fait de consacrer de colossales sommes d'argent n'est pas gage de réussite. Le système de santé des États-Unis, à titre d'exemple, accapare une proportion du produit intérieur brut plus grande que celle de tout autre pays, mais les États-Unis n'arrivent qu'au 37^e rang. Environ le tiers de ses habitants ne sont pas assurés ou le sont mal. Le Royaume-Uni consacre une part beaucoup moins grande de son PIB aux services de santé et vient pourtant au 18^e rang. Cependant, le système est en proie à quelques problèmes, notamment de très longues listes d'attente et l'insatisfaction des patients et des fournisseurs de soins.

La France a opté pour une solution mitoyenne. Le système de santé français repose sur un régime national d'assurance-santé universel et obligatoire lié à l'emploi et financé par les employeurs et les employés, ce qui assure une dissociation entre acheteurs et fournisseurs. Dans le domaine des soins de santé, le gouvernement a défini un cadre dans lequel les hôpitaux publics et privés coexistent de manière à assurer à la population un accès facile aux traitements requis.

Dans ce cadre, l'emplacement, l'expansion et les importants investissements dans le matériel médical des hôpitaux publics et privés doivent être approuvés par le gouvernement. Pour chacune des spécialités médicales, il existe un indice lit-population qui a un impact direct sur les approbations.

Le moment venu de choisir entre les systèmes de santé privé et public, les citoyens disposent d'une marge de manoeuvre quasi-absolue et n'ont pas besoin de passer par un médecin. Les organismes chargés des accréditations et des évaluations sont indépendants du gouvernement. Les listes d'attente sont rares.

Le système français est équitable pour les Français défavorisés, qui n'assument que 26 p. 100 des coûts. À 200 \$ par personne par année, notre système est plus coûteux. En moyenne, nous assumons 30 p. 100 des coûts en assurance additionnels.

L'espérance de vie corrigée en fonction des risques d'incapacité est plus grande en France qu'au Canada. Au Canada, elle s'établit à 72 ans, contre 73,1 an en France. Quant à l'espérance de vie, elle est à peu près la même, les Françaises vivant plus longtemps que les Canadiennes. Cependant, elles vivent sans incapacité pendant un peu plus d'un an.

The public-private mix in financing and provision of health care in France rests on the principle of pluralism, that is, the encouragement of organizational diversity, whether it is complementary, competitive, or both.

The Director General of Health, Lucien Abenheim, is certain that this mix, this flexibility, is the reason that France is able to provide more services at a lower cost than Canada. I would like to point out that Lucien has dual citizenship. He lives both in Canada and in France, and therefore his ability to compare the two systems is very credible.

It is not insignificant that France is part of Europe. There has been a strong history of sharing information and strategies, and according to the World Health Organization, all of the top five rated countries are in Europe.

The European vision of health for all people, established in 1984, calls for a radical shift of focus, from implicit values to clear ethical frameworks, from inputs to health care to outcomes in terms of health status, from inward looking to outward reaching, from bureaucratic administration to strategic guidance and support, from control and regulation to consensus and accountability. I think that you can see that in the year 2000, Europe has moved quite a long way along that continuum and is seeing significant success.

The Chairman: Thank you very much.

Our second witness, before we turn to questions to both members of the panel, is Mr. Peter Holle.

Mr. Peter Holle, President, Frontier Centre for Public Policy: Thank you for the opportunity to share some thoughts on the future of Canada's medicare system. We share the public's desire to preserve and extend the present health care system, one based on a principle of publicly funded, universal access. Today I will speak about two different models that are successfully operating in two countries.

The first model, in Sweden, has been undergoing refinement and improvements since 1991. The Swedes have managed to improve their health system by adopting something called the "purchaser-provider split." Regional governments, primarily the Greater Council of Stockholm, have separated the purchasing of services from their provision. This has effectively ended the monopoly on service provision enjoyed by the public sector for years. As a purchaser, the government seeks bids for providing services from both public and private providers. The resulting competitive framework has produced substantial productivity gains that have reduced delivery costs while increasing the quality of services.

The Stockholm regional government sold its largest emergency hospital to a private corporation in 1991 and has used its lower delivery costs as a benchmark for comparing costs in competing public hospitals. The private facility delivers services for 15 to

En France, la cohabitation des secteurs public et privé dans les domaines du financement et de la prestation des soins de santé repose sur le principe du pluralisme, c'est-à-dire l'encouragement de la diversité organisationnelle, qu'elle soit axée sur la complémentarité, la compétitivité ou les deux.

Le directeur général de la Santé, Lucien Abenheim, est convaincu que c'est ce mélange et cette souplesse qui expliquent que la France est en mesure d'offrir plus de services que le Canada, à un coût moindre. Je tiens à souligner que M. Abenheim possède la double citoyenneté. Sa capacité de comparer les deux systèmes ne fait donc aucun doute.

Le fait que la France fasse partie de l'Europe n'est pas sans conséquence. Le continent se caractérise par une solide tradition de partage d'information et de stratégies. Aux cinq premiers rangs du classement de l'Organisation mondiale de la santé, on retrouve des pays européens.

La vision européenne de la santé pour tous, qui date de 1984, suppose un changement d'orientation radical, de valeurs implicites à des cadres éthiques clairs, des intrants des soins de santé aux résultats pour la santé, d'une politique autocentrée à une politique d'ouverture, de l'administration bureaucratique à l'orientation et au soutien stratégiques, du contrôle et de la réglementation au consensus et à la responsabilisation. Vous constaterez que, en 2000, l'Europe avait accompli un progrès considérable le long de ce continuum et récolté des réussites majeures.

Le président: Je vous remercie beaucoup.

Nous allons maintenant entendre notre deuxième témoin, M. Peter Holle, avant de poser des questions aux deux intervenants.

M. Peter Holle, président, Frontier Centre for Public Policy: Merci de l'occasion que vous me donnez de vous faire part de certaines réflexions au sujet de l'avenir du système de santé du Canada. Nous partageons la volonté des citoyens de préserver et d'élargir le système de santé actuel, qui repose sur le principe du financement public et de l'accès universel. Aujourd'hui, j'aimerais dire un mot de deux modèles différents qui donnent de bons résultats dans deux pays étrangers.

Le premier modèle, soit celui de la Suède, subit des améliorations et des ajustements depuis 1991. Les Suédois sont parvenus à améliorer leur système de santé grâce à l'adoption de ce qu'on a appelé la «division entre acheteurs et fournisseurs». Les gouvernements régionaux, en particulier le Grand conseil de Stockholm, ont dissocié l'achat de services de la prestation de services. Dans les faits, la mesure a mis un terme au monopole que le secteur public a, pendant des années, exercé sur la prestation de services. En tant qu'acheteur, le gouvernement a demandé des soumissions sur la prestation de services aux secteurs public et privé. Le cadre concurrentiel qui en est résulté s'est soldé par des gains de productivité considérables, lesquels ont entraîné une réduction des coûts de la prestation doublée d'une augmentation de la qualité des services.

En 1991, l'administration régionale de Stockholm a vendu son plus important centre hospitalier d'urgence médicale à une société privée et a utilisé les coûts de prestation moins élevés comme point de repère pour établir des comparaisons avec les hôpitaux

20 per cent less than public facilities. The remaining six public hospitals have now been converted into publicly owned corporate entities. It is only a matter of time before more are sold to the private sector.

Health care unions, particularly the nurses' union, support the transition to the competitive model. They have discovered that they have more market power when more than one buyer is seeking to purchase their services. Nurses are buying into private clinics as employee-owners and are participating in the redesign of the workplace to improve efficiency. These gains have been split between, one, the purchasing government, and two, health care providers, in the form of higher salaries or a better working environment. Between 1995 and 1999, this competitive dynamic allowed nurses to raise their pay by 26 per cent, the highest rate of salary increase in the country.

The model of competing private and public suppliers within a publicly funded framework has produced dramatic efficiency gains. Whereas the public health care monopoly in each province has weak incentives to innovate and become more efficient, the Swedish model has delivered savings of 10 to 50 per cent for various services. Hence I will sum up the main lesson from Sweden, particularly the Stockholm area: Competition occurring within a publicly funded model can produce a win-win situation that benefits both service providers in health care and consumers.

To sum up the emerging purchaser-provider split model in Sweden: One, the government requests bids for services from competing public and private suppliers. It does not favour either sector; it is neutral. Two, ownership of facilities is irrelevant; the most innovative and efficient supplier, public or private, provides the service. Three, user fees have been charged for all visits to health care facilities/providers since 1970. Low income and chronically ill people are exempt. These fees are seen as an effective mechanism for discouraging frivolous use of the system. Four, sophisticated costing and waiting list information is being developed to make quality decisions possible. Waiting list times for different procedures and facilities are posted on the Internet. Consumers have this information, which gives them the ability to bypass facilities with long waiting lists.

I have attached several background materials provided by Johan Hjertqvist, who is a health reform expert advising the Stockholm government and a member of the Frontier Centre's policy advisory board.

publics concurrents. Le coût des services de l'établissement privé est de 15 à 20 p. 100 inférieur à celui des établissements publics. On a maintenant converti six hôpitaux publics en sociétés faisant un appel public à l'épargne. Ce n'est qu'une question de temps avant qu'un plus grand nombre d'établissements ne soient vendus au secteur privé.

Les syndicats des professionnels de la santé, en particulier celui des infirmières, sont favorables à la transition vers le modèle concurrentiel. Ils ont constaté qu'ils exercent un pouvoir de marché plus grand lorsque plus d'un acheteur s'intéresse à leurs services. Les infirmières s'associent aux cliniques privées en tant qu'employées-propriétaires et participent à la réorganisation du milieu du travail pour accroître l'efficacité. Ces gains ont été répartis entre, d'une part, le gouvernement qui achète les services et, d'autre part, les fournisseurs de services de santé, sous forme d'augmentations de salaire ou de milieu de travail amélioré. Entre 1995 et 1999, la dynamique concurrentielle a permis aux infirmières de hausser leur salaire de 26 p. 100, taux d'augmentation salariale le plus élevé au pays.

Le modèle qui consiste à mettre en concurrence des fournisseurs privés et publics dans un cadre de financement public produit des gains d'efficacité spectaculaires. Tandis que le monopole public des soins de santé dans chacune des provinces a affaibli les incitatifs à l'innovation et à l'efficacité, le modèle suédois a, relativement à divers services, généré des économies de 10 à 50 p. 100. Je vais donc résumer la principale leçon à tirer du modèle suédois, en particulier dans la région de Stockholm: dans un modèle axé sur le financement public, la concurrence peut produire une situation qui ne fait que des gagnants, au profit des fournisseurs de services de soins de santé et des consommateurs.

Voici comment on peut schématiser le modèle suédois de division acheteur-fournisseur: premièrement, le gouvernement demande à des fournisseurs publics et privés des soumissions pour la prestation de services. Il ne favorise ni l'un ni l'autre secteur; il agit de façon neutre. Deuxièmement, la question de savoir à qui appartiennent les installations n'est pas un facteur pertinent; c'est le fournisseur le plus novateur et le plus efficace, qu'il soit du secteur public ou du secteur privé, qui fournit le service. Troisièmement, on impute depuis 1970 des droits d'utilisation pour toutes les visites à un centre ou à un fournisseur de services de soins de santé. Les personnes à faible revenu et les personnes atteintes d'une maladie chronique sont exemptées. Ces droits sont considérés comme un mécanisme efficace pour décourager l'utilisation frivole du système. Quatrièmement, on prépare de l'information haut de gamme sur l'établissement des coûts et les listes d'attente pour permettre la prise de décisions de qualité. Les délais d'attente pour les procédures et les centres divers sont affichés sur Internet. Les consommateurs ont accès à cette information, ce qui leur donne la possibilité d'éviter les centres où les listes d'attente sont longues.

J'ai joint à mon mémoire quelques documents d'information fournis par Johan Hjertqvist, spécialiste de la réforme de la santé, qui conseille l'administration de Stockholm et fait partie du conseil consultatif sur les politiques du Frontier Centre.

I close my remarks on Sweden by noting that Tony Blair's Labour government in Britain is closely following the competitive purchaser-provider split model in Stockholm, with an eye to adopting it.

The second model I would like to highlight to the committee has given Singapore one of the best-ranked health systems in the world. It extends the purchaser-provider split model to its ultimate limit. The policy framework completely separates the delivery of services from their financing. The government's role is to require consumers to save funds for purchasing health care services in medical savings accounts. Most services are private, with the remaining public hospitals in the process of being privatized. There are no waiting lists. Only 2.7 per cent of GDP is spent directly by government on health care. The government facilitates services to consumers who do not have the ability to maintain a sufficient medical savings account.

The Frontier Centre has proposed a model similar to the highly successful Singapore MSA model. Here is how it would work. At the beginning of each fiscal year, health authorities would deposit each citizen's share of the medicare budget into a dedicated bank account in that person's name. Each account holder would gain access to those funds through an electronic debit card. Withdrawals from the account would be allowed only to pay for health care services. Minor, non-catastrophic events requiring a visit to a clinic or doctor would be paid by direct electronic debit from the individual's MSA. Individuals would cover themselves against catastrophic events by purchasing insurance from competing companies. Money not spent would be rolled over and left to accumulate tax-free over the account holder's lifetime, until the fund reached some predetermined amount sufficient to create an income stream that would cover future medical emergencies. Ownership of the funds belongs to the consumer and his or her estate. Special cases, such as the small minority who run out of funds or have special needs, are accommodated separately with extra government assistance.

Under this model, consumers would be able to choose between a diverse range of health care providers, including private and public facilities. The government would reverse decades of policy that have created large, inefficient government service providers. Health care facilities would be turned back into employee-owned organizations, insurance companies, and charitable organizations like the Grey Nuns and the Salvation Army.

The end of the service delivery monopoly is the key reform in either the Swedish or the Singapore model outlined here. The debate about private versus public provision is, in our opinion, a red herring. The real drivers of excellence, innovation and

En concluant mes remarques au sujet de la Suède, je souligne que le gouvernement travailliste de la Grande-Bretagne que dirige Tony Blair, étudie de près le modèle de division acheteur-fournisseur axé sur la concurrence en vigueur à Stockholm, dans l'intention de l'adopter.

Le deuxième modèle que j'aimerais mettre en lumière au profit des membres du comité est celui qui a permis au régime de Singapour de devenir l'un des systèmes de santé les mieux cotés du monde. Il pousse le modèle de division acheteur-fournisseur à son extrême limite. En vertu du cadre stratégique, la prestation de services est entièrement dissociée de leur financement. Le gouvernement a pour rôle d'obliger les consommateurs à mettre de l'argent de côté dans des comptes d'épargne médicale pour l'achat de services de santé. La plupart des services sont privés, les derniers hôpitaux publics étant en voie de privatisation. Il n'y a pas de listes d'attente. Le gouvernement n'affecte que 2,7 p. 100 du PIB aux soins de santé. Le gouvernement facilite la prestation de services aux personnes qui ne sont pas en mesure de conserver des fonds suffisants dans leur compte d'épargne médicale.

Le Frontier Centre a proposé un modèle analogue au modèle de compte d'épargne médicale de Singapour, qui remporte un franc succès. Voici comment cela fonctionnerait. Au début de chaque exercice, les autorités de la santé déposeraient la part du budget de la santé qui revient à chaque citoyen dans un compte de banque dédié au nom de la personne en question. Chaque titulaire d'un compte pourrait accéder à ces fonds au moyen d'une carte de débit électronique. On ne pourrait effectuer de retrait dans le compte que pour payer des services médicaux. Les événements mineurs et non tragiques exigeant une visite à la clinique ou chez le médecin seraient débités directement, par voie électronique, du compte d'épargne médicale personnel de l'intéressé. Les particuliers souhaitant se mettre à l'abri d'événements catastrophiques pourraient acheter une assurance auprès de compagnies en concurrence. L'argent non dépensé serait reporté sur l'année suivante, et les fonds fructifieraient à l'abri de l'impôt dans le compte du titulaire, toute sa vie durant, jusqu'à ce que ce dernier atteigne un montant prédéterminé suffisant pour créer un flux de revenus suffisants en cas d'urgence médicale future. Les fonds demeurerait la propriété du consommateur ou de sa succession. Les cas particuliers, par exemple qui concernent la petite minorité de personnes dont les fonds s'épuiseraient ou qui ont des besoins particuliers, sont traités à part, grâce à une aide additionnelle du gouvernement.

En vertu d'un tel modèle, les consommateurs seraient en mesure de choisir entre une diversité de fournisseurs de services, y compris les centres publics et privés. Le gouvernement renverserait ainsi des décennies d'une politique qui s'est soldée par de grands fournisseurs de services gouvernementaux qui sont inefficients. On reconvertirait les établissements de santé en sociétés de participation aux bénéfices, en d'assurance et en organismes de bienfaisance comme les Soeurs grises et l'Armée du salut.

L'élimination du monopole de la prestation de services est la réforme clé du modèle de la Suède ou de Singapour que j'ai présentés ici. Le débat qui entoure la question de la prestation par le secteur privé ou par le secteur public est, à nos yeux, un

consumer sensitivity, offer citizen consumers the ability to choose within a framework that offers competing service delivery alternatives. Both models described here do that, while preserving the Canadian ideal of public financing and universal access.

The Chairman: I want to ask the two of you a question that really picks up on Mr. Holle's comments on the Swedish example. My memory of this issue is a little vague, so you are going to have to help me.

As I understand it, there were three privately owned clinics that operated in Winnipeg through most of the nineties, and maybe even part of the eighties, and then subsequently, part of the federal cash contribution for medicare was held back, essentially as a penalty, because these clinics were charging user fees. Then somewhere in 1998, 1999, the provincial government started purchasing the services from the clinics, so that in a sense they were not treating private patients any more. I believe that some time in the last couple of years, one of them was actually bought by the provincial government.

My question to you is, how much of that history is accurate, and can you tell us a little about the history before the government started to pay for the services? It seems to me that the original three clinics were very much like the Swedish model that Mr. Holle was talking about. If I am completely wrong, feel free to tell me. I am just going on the basis of a vague recollection. Could you both comment on that?

Ms West: Your recollection is very good, in that there were three surgical clinics in Manitoba. The reality is, as most physicians' clinics are actually private, we pay fee-for-service for virtually all of the services in the province.

The Chairman: They were owned by doctors?

Ms West: Yes, all three of the surgical facilities were owned by physicians. The interesting thing is, the facilities that were charging what were called "facility fees," which tended to be a little bit larger, in the \$60, \$80, \$150, \$200, \$500 range, were penalized by the federal government. The province was penalized. There was a clawback of transfer monies.

Therefore the government of the day decided to pay those directly, avoid the clawbacks by the federal government, and clean up its act as far as the Canada Health Act goes. The federal government turned a completely blind eye to a vast number of what are called "tray fees" that tend to be \$10, \$20, \$30, \$40, \$70, and those still go on today. They are alive and well in Manitoba, as in most provinces.

The Chairman: I have never heard the term. What is a tray fee?

faux-fuyant. Le véritable moteur de l'excellence, soit l'innovation et l'adaptation aux besoins des consommateurs, donne au citoyen consommateur la capacité de choisir dans un cadre où sont offerts des modes de prestation de services concurrents. Les deux modèles décrits ci-dessus permettraient d'y parvenir, tout en réservant l'idéal canadien qui représente le financement public et l'accès universel.

Le président: Je voulais vous poser à tous deux une question qui reprend un élément des commentaires de M. Holle sur l'exemple de la Suède. Les souvenirs que je garde à ce sujet sont un peu vagues. Je vais donc avoir besoin de votre aide.

Si je comprends bien, il y a eu, pendant la majeure partie des années 90 et peut-être même une partie des années 80, trois cliniques privées qui ont exercé leurs activités à Winnipeg. Par la suite, un certain pourcentage des contributions en espèces du gouvernement fédéral aux soins de santé a été retenu, essentiellement à titre de pénalité, parce que les cliniques en question imputaient des frais d'utilisation. Puis, en 1998 ou en 1999, le gouvernement provincial a commencé à faire l'achat de services auprès des cliniques. En un sens, ces cliniques ne traitaient donc plus de patients à titre privé. Je crois même que l'une d'entre elles a en fait été achetée par le gouvernement fédéral au cours des deux ou trois dernières années.

Voici donc ma question: dans quelle mesure ce récit est-il exact? Pouvez-vous nous donner une idée de l'historique avant que le gouvernement ne décide de prendre les services à sa charge? J'ai l'impression que les trois cliniques initiales s'apparentaient de très près au modèle suédois évoqué par M. Holle. Si je suis totalement dans l'erreur, n'hésitez pas à me le dire. Je m'inspire simplement d'un souvenir un peu vague. Vous avez des commentaires à ce sujet?

Mme West: Votre mémoire est très bonne, dans la mesure où il y avait effectivement trois cliniques chirurgicales au Manitoba. La vérité, c'est que, comme la plupart des cliniques de médecins sont en réalité privées, nous versons une rémunération à l'acte pour la quasi-totalité des services offerts dans la province.

Le président: Les cliniques appartenaient aux médecins?

Mme West: Oui, les trois établissements chirurgicaux appartenaient à des médecins. Ce qu'il y a d'intéressant, c'est que les cliniques qui imputaient ce qu'on appelait des «droits d'établissement», lesquels tendaient à être un peu plus importants, soient de l'ordre de 60, 80, 150, 200 et 500 \$ ont été pénalisées par le gouvernement fédéral. La province a été pénalisée. On a récupéré une partie des fonds transférés.

Par conséquent, le gouvernement de l'époque a décidé de payer directement ces frais pour éviter les mesures de récupération appliquées par le gouvernement fédéral et s'amender au vu de la Loi canadienne sur la santé. Le gouvernement fédéral a complètement fait fi d'un grand nombre de frais dits de «fournitures médicales», lesquels tendaient à s'établir à 10, 20, 30, 40 et 70 \$, et on continue aujourd'hui d'imputer ces frais. Ils se portent très bien au Manitoba comme dans la plupart des provinces.

Le président: Je n'ai jamais entendu l'expression. Que sont les frais de fournitures médicales?

Ms West: A tray fee is charged for sutures and smaller equipment, and maybe scopes, because there is a lot of scoping done in Manitoba in private clinics. It is really interesting to see where the lines got drawn in all of this, what got penalized by the federal government and what did not, and then how people have reacted to it. Now that facility fees are clearly illegal, the number of tray fees is growing, because they were left alone.

Senator Pépin: Could you give me an example? Let's say I am a patient going to see a surgeon. Do I have to pay the tray fee at my first visit, or every time I visit the office, or how does it work?

Ms West: Every time you use it, yes, that is right. One of the times when patients are regularly charged user fees, additional fees, whatever you want to call them, is when they are being scoped, both from the top and from the bottom. If the doctors do it in their private offices, there is often what is called a "tray fee." Those are really quite alive and well.

Senator Pépin: There is a kind of fee in Quebec, and maybe my colleague, Senator Morin, can correct me, whereby when we go to see the eye doctor, we have to pay, I do not know if it is \$20 or \$30. Is it for similar kinds of services?

Ms West: It is a very similar kind of service. Frankly, the health care system would not work any other way. If the physicians were not able to charge you for that, it would push all of these patients into hospitals or outpatient clinics and we could not handle the volume. There has to be some way of paying for these. There is no fee-for-service method right at this stage, so the physicians charge the patients.

The Chairman: It is a fee for service with a different name?

Ms West: Yes, it is a user fee with a different name.

The Chairman: It is a user fee, Mr. Holle. I did not mean to get sidetracked, but this is, to me, a very interesting example of what exists out there that, sitting in the ivory towers of Ottawa, you do not necessarily hear about.

Mr. Holle: I think what is more interesting, and I am not aware if the committee realizes this, is that Manitoba spends the most in Canada on health care per capita. We are 20 per cent above the Canadian average. If you add in the kind of back-door user fees here, plus a system that for a have-not province we could say is technically overfunded, I think it confirms that you can throw lots of money at it, but, as in the experience in Manitoba, it is not being improved at all. I think there is evidence that waiting lists are not shrinking.

Mme West: On impute des frais de fournitures médicales pour les sutures et le petit matériel et peut-être aussi pour tout ce qui a rapport à la «scopie», que les cliniques privées du Manitoba pratiquent beaucoup. Il est très intéressant de constater où les traits sont tirés dans tout cela, ce que le gouvernement fédéral pénalise et ne pénalise pas, et comment les citoyens réagissent. Maintenant que les droits d'établissement sont clairement illégaux, le nombre de frais de fournitures médicales augmente parce que c'est tout ce qui reste.

Le sénateur Pépin: Pourriez-vous me donner un exemple? Imaginons que je me rende chez un chirurgien. Devrai-je payer les frais de fournitures médicales à l'occasion de ma première visite ou de chacune de mes visites au cabinet? Comment les choses se passent-elles?

Mme West: Chaque fois qu'il y a utilisation, oui, c'est vrai. Souvent, on impute aux patients des frais d'utilisation ou des frais additionnels, peu importe le nom qu'on leur donne, quand on leur fait subir des tests, toute une batterie de tests. Si les médecins font effectuer de tels tests dans leur bureau, on impute ce qui est souvent qualifié de «frais de fournitures médicales». Ces frais se portent assez bien merci.

Le sénateur Pépin: Au Québec, on impute des frais — et peut-être que mon collègue, le sénateur Morin, pourra me corriger si je me trompe, pour les visites chez l'ophtalmologiste. On doit payer, je ne sais trop, 20 ou 30 dollars. S'agit-il du même genre de services?

Mme West: Il s'agit tout à fait du même genre de services. Franchement, le système de santé ne pourrait pas fonctionner autrement. Si les médecins ne pouvaient vous imputer de tels frais, les patients concernés seraient tous refoulés vers les hôpitaux ou les cliniques externes, et nous ne serions pas en mesure de faire face à la demande. Il faut trouver un moyen d'assumer ces coûts. À l'heure actuelle, il n'y a pas de méthode qui permette l'imposition de droits d'utilisation, et c'est pourquoi les médecins facturent les patients.

Le président: S'agit-il d'un droit d'utilisation simplement coiffé d'un nom différent?

Mme West: Oui, c'est un droit d'utilisation qui s'appelle autrement.

Le président: C'est un droit d'utilisation. M. Holle, je n'avais pas l'intention de digresser, mais il s'agit à mes yeux d'un exemple très intéressant de la réalité qui se vit sur le terrain et dont, dans les tours d'ivoire d'Ottawa, on n'entend pas nécessairement parler.

M. Holle: Ce qui est encore plus intéressant, me semble-t-il — je ne sais pas si les membres du comité sont au courant —, c'est que le Manitoba consacre plus aux soins de santé par habitant que toute autre administration canadienne. Nos dépenses sont supérieures de 20 p. 100 à la moyenne canadienne. Si vous ajoutez le genre de droit d'utilisation détournés dont il est ici question sans oublier un système qui, pour une province pauvre, est techniquement surfinancé, je pense qu'on a la confirmation qu'on aura beau injecter des tas d'argent, la situation ne s'améliore pas du tout, comme le montre bien l'exemple du

Ms West: If I could add to that, we have seen a 22 per cent increase in our overall health care budget over a two-year period, a totally unsustainable amount. That makes us, on a per capita basis, number one in Canada for spending money on health care. In spite of that, we have waiting lists that the Fraser Institute — and frankly, I do not often quote the Fraser Institute but we have no other information — says are going from 5.9 to 9.4 weeks on average. On a wide range of services, our waits have not quite doubled, but have gone up about 40 per cent.

The Chairman: In spite of that increase, as I recall from data that I think was published in B.C., the money has not gone to the front-line workers, because your nurses are among the lowest paid in the country still; is that correct?

Ms West: Yes. We did get up to eighth after the last settlement. We were third from the top, sort of thing.

The Chairman: Third best.

Ms West: Third best, yes, but settlement after settlement has been higher than what we achieved, so no, the money is not going to the nurses. The medical group has also seen a substantial increase. I think the GPs got an 18.4 per cent increase, but every other settlement since then has made that seem pale by comparison. A lot of the corrective actions that were taken are being overrun at this stage.

Senator Morin: Where does the extra money go?

Ms West: Frankly, we have one heck of a big bureaucracy. If you want my opinion, we have one wonderful, big bureaucracy that has a lot of ability to leak money.

If you want to run a good bureaucracy, create something simple and straightforward. Go to McDonald's: they have a wonderful bureaucracy. You make the hamburgers the same way, the straw goes inside the serviette and it gets handed out the window in identical fashion. You can bureaucratize that. You cannot bureaucratize a technically difficult, ever-changing world.

I can give you an example. A group of nurses wanted to change a form because they had made an error, recognized it, and did not want it to happen to any other patient. So they got together, created a new form, took it to the head nurse, and 100 per cent of the nurses said it was okay. They were not allowed to put it into play, but the head nurse was going to take it on to the next committee.

Manitoba. La preuve est faite, je crois, que les listes d'attente ne raccourcissent pas.

Mme West: Si je puis me permettre d'ajouter à ce que vient de dire mon collègue, nous avons constaté une augmentation de 22 p. 100 du budget total de la santé au cours d'une période de deux ans, ce qui représente une tendance absolument intenable. À la suite de cette augmentation, la province est, par habitant, celle qui, au Canada, dépense le plus dans le domaine de la santé. Malgré tout, nous avons des listes d'attente qui, selon le Fraser Institute — franchement, je ne cite pas souvent le Fraser Institute, mais nous n'avons pas d'autres chiffres —, oscillent en moyenne entre 5.9 et 9.4 semaines. Relativement à un large éventail de services, la durée des périodes d'attente n'a pas tout à fait doublé, mais elle a augmenté d'environ 40 p. 100.

Le président: Malgré cette augmentation — je me souviens d'avoir vu des données publiées, je pense, par la Colombie-Britannique — l'argent n'est pas allé aux travailleurs de première ligne puisque vos infirmières comptent parmi les moins bien payées au pays, n'est-ce pas.

Mme West: Oui. Nous sommes passés au huitième rang. Après le dernier règlement, nous étions troisièmes.

Le président: Vous veniez au troisième rang?

Mme West: Oui, mais le coût des règlements successifs a été supérieur à ce que nous avons réalisé. L'argent ne va donc pas aux infirmières. Le groupe médical a également bénéficié d'augmentations substantielles. Je pense que les généralistes ont eu droit à une augmentation de 18.4 p. 100, mais tous les autres règlements intervenus depuis, par comparaison, font mal paraître ce pourcentage. À l'heure actuelle, on annule bon nombre de mesures correctives qui avaient été prises.

Le sénateur Morin: Où va donc l'argent additionnel?

Mme West: Franchement, nous avons toute une bureaucratie. Si vous voulez mon avis, nous sommes dotés d'une grosse et merveilleuse bureaucratie dotée d'une forte capacité de gaspiller de l'argent.

Si on veut une bonne bureaucratie, il suffit de créer quelque chose de simple et direct. Prenez l'exemple de McDonald. La société est dotée d'une merveilleuse bureaucratie. Les hamburgers sont tous faits de la même manière, la paille est glissée dans la serviette, et on la fait passer par la fenêtre de manière identique. C'est le genre de choses qu'on ne peut bureaucratiser. Il n'en va pas de même pour un monde techniquement difficile, en proie à des mutations constantes.

Laissez-moi vous donner un exemple. Un groupe d'infirmières a souhaité qu'on modifie un formulaire parce qu'elles avaient commis une erreur, l'ont reconnu et ont voulu que la même situation ne se répète pour un autre patient. Elles se sont réunies, ont produit un nouveau formulaire, l'ont soumis à l'infirmière en chef, et 100 p. 100 des infirmières ont dit que le nouveau formulaire leur convenait. On ne les a pas autorisées à utiliser le formulaire, mais l'infirmière en chef s'est engagée à le présenter au comité du palier supérieur.

The next committee, which was within the hospital, looked at it and everybody agreed, but they could not put it into play at that stage. They had to take it on to the regional health authority program. At that stage, it took two or three months before the committee looked at it and approved it because there was a mini crisis in the health care system. Then there was the forms committee, then there was the purchasing committee, then there was the purchasing order, and then it was purchased. They got it a year and a half after the main event, and by then the form was obsolete. They have a new piece of equipment.

That story plays itself out over and over and over in health care systems. You cannot run big, monolithic bureaucracies and achieve success. In fact, the World Health Organization suggests that once you have about 1,000 beds, and long before you hit 2,000, you become dysfunctional. We have created these big regional health authorities that have single hospitals within them almost that large, six or seven other hospitals, and all sorts of programs and home care and all of the rest. You have these huge bureaucracies that just seem to be spinning their wheels.

Mr. Holle: If I could just make a quick point. We need to distinguish between resource reforms and structural reform. In the Canadian system, there has been a bias toward resource reforms, that is, we need to put more resources into the system. I think Manitoba is probably the best example of lots of spending without achieving great results. We need to look at structural reform, how we deliver the system. I think, again, if you look at France or Sweden or these other models, they do have an element of choice and competition. I think Linda and I would say that is probably the way the system needs to go.

Senator Morin: I have one more question. If we take the major sectors here, and I do not want to push this too far, but hospitals, physician fees, drugs, home care, where does Manitoba spend more than the average? Bureaucracy is the same the world over; we have all been through the form story. Where do you spend more? Is it on hospitals, doctors, drugs or home care?

Ms West: A big part goes right into the hospitals in the acute care sector. In fact, our average length of stay in Winnipeg is 20 per cent greater than the Canadian average, which is a big, big cost driver. It tends to push all of those other things. We have seen a significant increase in our drug costs.

Once again, I would like to point to the French model, because they got control of their drug costs and a whole range of medical technologies through consensus conferences. This province is thinking of hiring 10 or 12 pharmacists to go out and suggest to

Le comité du palier supérieur, interne à l'hôpital, a examiné le questionnaire, et tous les membres se sont dits d'accord, mais on n'a toujours pas utilisé le formulaire. Il a d'abord fallu le soumettre au programme des offices régionaux de la santé. À ce stade, il a fallu deux ou trois mois avant que le comité n'examine et n'approuve le formulaire: à l'époque, le système de santé était en état de mini-crise. Il y a ensuite eu le comité des formulaires, puis le comité des achats, puis le bon de commande, et on a fait l'acquisition du formulaire. Les infirmières l'ont reçu un an et demi après l'événement déclencheur; à ce moment, il était déjà désuet. En effet, on avait reçu un nouvel appareil.

On pourrait trouver de multiples exemples de cette nature dans les systèmes de santé. On ne peut réussir sous l'emprise de lourdes bureaucraties monolithiques. En fait, l'Organisation mondiale de la santé a affirmé que les établissements deviennent dysfonctionnels à partir du seuil d'environ 1 000 lits et bien avant que la marque des 2 000 lits ne soit atteinte. Nous avons créé ces grands offices régionaux de la santé qui comptent des hôpitaux ayant presque cette taille, six ou sept autres établissements hospitaliers et toutes sortes de programmes, de soins à domicile et tout le reste. On compose avec des bureaucraties énormes qui semblent se contenter de tourner à vide.

M. Holle: Permettez-moi une brève intervention. Nous devons établir une distinction entre les réformes dans le domaine des ressources et la réforme structurelle. Dans le système canadien, on privilégie les réformes touchant les ressources, c'est-à-dire la nécessité d'injecter plus de ressources dans le système. Je pense que le Manitoba constitue probablement le meilleur exemple d'une administration qui dépense beaucoup sans obtenir de bons résultats. Nous devons envisager une réforme structurelle, qui concerne l'administration du système. Si, une fois de plus, on se penche sur le modèle de la France, de la Suède et d'autres modèles, on constate la présence d'un élément de choix et de concurrence. Linda et moi sommes d'avis que c'est probablement dans cette direction que le système doit s'engager.

Le sénateur Morin: J'ai une autre question. Prenons les principaux postes budgétaires. Pour ne pas trop entrer dans les détails, je propose que nous nous en tenions aux hôpitaux, aux honoraires des médecins, aux médicaments et aux soins à domicile. Dans quels secteurs les dépenses du Manitoba sont-elles supérieures à la moyenne? La bureaucratie est la même partout dans le monde. Nous avons tous déjà entendu le récit du formulaire. Où dépensez-vous plus que les autres? Est-ce dans le secteur des hôpitaux, des médecins, des médicaments ou des soins à domicile?

Mme West: Une bonne partie des fonds va directement aux hôpitaux du secteur des soins actifs. En fait, la durée moyenne des hospitalisations à Winnipeg est supérieure de 20 p. 100 à la moyenne canadienne, ce qui représente un important facteur de coûts. Ces longs séjours tendent à exercer des pressions à la hausse sur les autres secteurs. Nous avons constaté une augmentation marquée du coût des médicaments.

Une fois de plus, j'aimerais revenir au modèle français parce que ce pays est parvenu à contrôler le coût des médicaments et d'une gamme complète de technologies médicales, au moyen de conférences consensuelles. La province envisage de retenir les

physicians that they should not order this and they should not order that and they should not order something else. It is not being well received by either the physicians or the pharmacists.

What France does, instead of trying to create those kinds of situations, is have a conference. They have technical people who gather all of the research together. Then they invite in doctors, nurses, pharmacists, physiotherapists, chiropractors, whichever group is appropriate for that conference, from all over the country, and they come up with one solution. They do not get away from the conference until they have found solutions, and seven days later, they have a commitment to have that written up and disseminated. It is on the Internet. That will then suggest what is the most effective, efficient way of dealing with a wide range of problems, whether it be low back pain, or where drugs can be substituted for gastric surgery, those kinds of things. They have already reviewed a long list of things.

In doing that, they have not only had great health outcomes, their costs have been reduced by an average of 5 per cent. That is achieved by putting the people who know the health care system the best in the same room and having them hammer it out. At the end of that time, they have something that they can print out for everyone else and it has great credibility. It does not then have to be repeated hospital by hospital, and regional health by regional health authority.

Mr. Holle: We spend too much on management. We spend too much on infrastructure. There are many rural hospitals that are underutilized. I think that for certain services in the system, household services and so on, there is strong evidence that above-market wages are being paid. I would throw that in.

Senator Morin: I will ask my questions of both of you, if you want to take notes, and then you can answer.

Professor West, I know the French system very well and I think it is unfortunate that of the various countries that our committee has studied, France was not one of them. Of course, all health care distribution and delivery systems are based on history. France has a long history of social security, and naturally their social security insurance also covers disability insurance and a pension plan. It is part of the same system. I do not see how we could move into that.

In addition, what you call "private insurance" is private up to a point, but everybody has this private insurance, except for the unemployed and some self-employed or other groups, for example, certain farmers and so forth. I do not know the exact figure, but a very large majority, I would say around 90 per cent of the French, are covered by this so-called "private insurance."

Ms West: Where they are not, the government picks up the cost.

services de dix ou 12 pharmaciens qui auront pour tâche d'aller rencontrer les médecins et de leur proposer de ne pas commander ceci ou cela, de ne rien commander du tout. Ni les médecins ni les pharmaciens n'accueillent la mesure avec satisfaction.

Ce que fait la France, plutôt que de tenter de créer ce genre de situation, consiste à organiser une conférence. On charge des techniciens de réunir toutes les recherches disponibles. Puis on invite des médecins, des infirmières, des pharmaciens, des physiothérapeutes, des chiropraticiens de tout le pays, selon le groupe visé par la conférence, et ils trouvent ensemble une solution. Ils ne quittent pas la conférence avant d'avoir accouché d'une solution. Sept jours plus tard, ils se sont engagés à mettre sur papier et à diffuser un tel engagement. Il figure sur Internet. On y trouve le moyen le plus efficace et le plus efficient de régler un large éventail de problèmes, par exemple les lombalgies, ou les médicaments qu'on peut préférer à une intervention chirurgicale, ce genre de choses. On a déjà passé en revue une longue liste de procédures.

Ce faisant, on a non seulement obtenu de bons résultats pour la santé, mais en plus les coûts sont diminués de 5 p. 100 en moyenne. Pour ce faire, on réunit sous un même toit les personnes qui connaissent le mieux le système de santé, et on les oblige à mettre au point une solution. À la fin, on dispose d'une solution qui peut être rédigée au bénéfice de tous, laquelle jouit en outre d'une grande crédibilité. On n'a pas répété la démarche d'hôpital en hôpital, d'office régional de la santé en office régional de la santé.

M. Holle: Nous dépensons trop dans la gestion. Nous dépensons trop dans l'infrastructure. Il existe bon nombre d'hôpitaux ruraux sous-utilisés. En ce qui concerne certains services dont a besoin le système, services d'entretien et autres, par exemple, on paie, comme des données le montrent hors de tout doute, des salaires supérieurs au cours du marché. Il s'agit aussi, à mes yeux, d'un élément qui pèse dans la balance.

Le sénateur Morin: Je vais vous poser une question à tous deux. Vous pouvez prendre des notes pour me répondre ensuite.

Mme West, je connais très bien le système français, et je déplore que la France ne compte pas parmi les divers pays étudiés par notre comité. Bien entendu, la répartition des soins de santé et les mécanismes de prestation sont fonction de l'histoire. La France jouit d'une longue tradition dans le domaine de la sécurité sociale. Naturellement, l'assurance sociale porte sur l'assurance-invalidité et un régime de pensions. Ces éléments font partie du même régime. Je ne vois pas comment nous pourrions nous engager dans cette voie.

Par ailleurs, l'assurance que vous qualifiez de «privée» est privée jusqu'à un certain point seulement, mais chacun souscrit cette assurance privée, à l'exception des chômeurs, de certains travailleurs autonomes ou des membres d'autres groupes, par exemple, certains agriculteurs et ainsi de suite. Je ne connais pas le chiffre exact, mais la vaste majorité des Français, je dirais qu'iron 90 p. 100 d'entre eux sont protégés par cette prétendue «assurance privée».

Mme West: Dans le cas contraire, c'est le gouvernement qui paie la note.

Senator Morin: It is no longer really private insurance like in the other countries.

Ms West: It does not look very different from our taxes.

Senator Morin: No, but I am saying that in Britain, for example, they have private insurance, but it covers 1 per cent of the population. In other countries, it is less than 1 per cent. So it is not really private insurance. The third point is, these private clinics really only do minor surgery and obstetrics. They do not provide major services.

Ms West: Open heart surgery?

Senator Morin: There are very few outside of Paris that do that. There are two or three in Paris, but otherwise I think they tend to stick to minor surgery.

Ms West: It tends to be the more minor surgery, and we would be promoting orthopaedic surgery. In some areas, 80 per cent or 90 per cent of knee and hip replacements are done by the private sector.

Senator Morin: You know that the private clinics are currently having financial difficulties because the present government is less supportive of them than in the past.

In any case, I think it is an interesting model, and you are right that there is a high level of satisfaction among the population. As far as equipment is concerned, here we are near the bottom of the list of OECD countries, while France is well equipped.

Coming back to Sweden. I think the purchaser-provider split is really the way to go. I think you are quite right in saying that.

Now I had the impression that a new party came to power in Sweden over the last year. I believe they reversed a little of this trend towards private clinics, and that there are none outside Sweden. When we say "private," they are really "not for profit." There is a big difference here. In North America, all of our hospitals are private really, but they are not for profit. I think Sweden is moving toward private but not for profit, which is really what we have. When we see "private" here, we mean for profit. We have to be careful. I think Sweden is moving towards private but not for profit. For example, employee-owned hospitals would be not-for-profit organizations.

Mr. Holle: In Sweden, there is a distinction between the central government and the regional governments. Health care generally is at the regional level. For example, the City of Stockholm, the Greater Council of Stockholm, has been aggressive in innovating and trying to improve the system. I think it is a Social Democrat government in Sweden at the central level that has been uncomfortable with the idea of a competitive model, and it has passed some sort of legislation that has effectively put the sale of the hospitals on hold. My sources there see it as a temporary

Le sénateur Morin: Il ne s'agit plus d'une véritable assurance privée au sens où on l'entend dans les autres pays.

Mme West: La différence n'est pas bien grande par rapport à nos impôts.

Le sénateur Morin: Non, mais ce que je dis, c'est que, en Grande-Bretagne, par exemple, on offre une assurance privée, mais elle ne vise que 1 p. 100 de la population. Il ne s'agit donc pas véritablement d'une assurance privée. Le troisième point, c'est que ces cliniques privées ne font que de l'obstétrique et des interventions chirurgicales mineures. Elles n'offrent pas de services majeurs.

Mme West: Des opérations à cœur ouvert?

Le sénateur Morin: À l'extérieur de Paris, les cliniques qui offrent de tels services sont très peu nombreuses. Il y en a deux ou trois à Paris, mais, pour le reste, elles ont tendance à s'en tenir aux interventions mineures.

Mme West: Elles tendent à s'en tenir à des interventions plus mineures, et nous ferions la promotion des chirurgies orthopédiques. Dans certains secteurs, 80 ou 90 p. 100 des remplacements du genou et de la hanche se font par le secteur privé.

Le sénateur Morin: Vous savez que les cliniques privées éprouvent actuellement des difficultés financières parce que le gouvernement actuel leur est moins favorable que par le passé.

Quoi qu'il en soit, je pense qu'il s'agit d'un modèle intéressant, et vous avez raison de dire qu'il bénéficie d'un taux de satisfaction élevé de la part des citoyens. En ce qui concerne l'équipement, nous figurons parmi les derniers de la liste des pays de l'OCDE, tandis que la France est bien équipée.

Pour en revenir à la Suède, je pense que la division acheteur-fournisseur constitue véritablement la marche à suivre. Je pense que vous avez tout à fait raison de l'affirmer.

Je croyais savoir qu'un nouveau parti avait pris le pouvoir en Suède au cours de la dernière année. Ce dernier a, me semble-t-il, quelque peu renversé la tendance vers les cliniques privées, et il n'y en a pas à l'extérieur de la Suède. Elles ont beau être «privées», sont-elles «sans but lucratif»? La nuance est importante. En Amérique du Nord, nos hôpitaux sont en réalité privés, mais ils sont sans but lucratif. Je pense que la Suède s'oriente vers des cliniques privées, certes, mais sans but lucratif, ce qui correspond à ce que nous avons ici. Lorsque, ici, nous voyons le mot «privé», nous pensons à la notion de profit. Nous devons être très prudents. Je pense que la Suède s'oriente vers des cliniques privées, mais sans but lucratif. Par exemple, les hôpitaux à participation aux bénéfices seraient des organismes sans but lucratif.

M. Holle: En Suède, on établit une distinction entre le gouvernement central et les administrations régionales. De façon générale, les soins de santé relèvent des administrations régionales. Par exemple, la ville de Stockholm, le grand conseil de Stockholm, a, de façon dynamique, fait preuve d'innovation et tenté d'améliorer le système. Je pense que c'est le gouvernement social-démocrate central de la Suède qui se sent mal à l'aise à l'idée d'un modèle concurrentiel, et il a adapté certaines dispositions législatives qui, dans les faits, ont eu pour effet de

phenomenon, and the fact that all of the hospitals are being set up as corporate entities means that over the medium term, you will probably see more sales.

I think when we talk about profit versus non-profit, we need to remember that the Swedes do figure on something called the "cost of capital." If you have money tied up in a facility that could earn 5 per cent in a bank, that is a cost.

We make the mistake in Canada of saying, for example, that the public sector can deliver services for less cost, but we do not figure in things like cost of capital, taxes and all that the private suppliers must put into their price. When you do an apples-to-apples comparison, often you will find that indeed the private suppliers can be cheaper than the public ones.

We do not have that information in Canada, so we are unfortunately stuck with a lot of political arguments — private sector good or bad, public sector good or bad. I think the philosophy in Sweden is that competition is better than a monopoly, and the private versus public thing is very secondary.

I think that debate would fly in the Canadian context. We are not pushing an American-style system. I think we need to get away from the discussion that focusses excessively on privatization. What is important is competitive delivery with the right incentives for different suppliers, and if a public facility can do it at lower costs, then all power to that facility: they get the business.

Senator Morin: I fully agree with your last statement.

The Chairman: Just let me make one comment on cost of capital. The fact that that is not taken into account in the health care system in Canada is not unique to that system. The only place that I know of in government in which the cost of capital gets taken into account is when they are considering whether to buy an office building or lease it. In that case, they do what I would call a "standard financial analysis," which as you put it is "apples and apples," but I do not know of any other examples. I just want to be clear that the failure to do that is not unique to the health care system. I am not arguing that is right. I am just saying that is the fact.

Mr. Holle: No, no. Countries like Great Britain, Australia, New Zealand, now all require their public sector operations to do that, and that is where you are getting a much more sophisticated analysis of public policy.

Manitoba is notorious. We have politicians running around saying we have the lowest power prices in Canada, and it is a miracle and a function of public ownership. Well, if you figure out that Hydro does not pay any dividends or taxes and all of that, what you actually have is a subsidy that is creating the illusion of

suspendre la vente des hôpitaux. Selon mes sources, il s'agit d'un phénomène temporaire, et le fait que tous les hôpitaux soient constitués en personnes morales signifie que, à moyen terme, il y aura probablement plus de ventes.

En ce qui concerne l'opposition entre «à but lucratif» et «sans but lucratif», on doit se rappeler que les Suédois tiennent compte de ce qu'ils appellent le «coût du capital». Si, dans une installation, vous avez des capitaux bloqués qui pourraient rapporter 5 p. 100 à la banque, vous assumez un coût.

Au Canada, nous commettons l'erreur d'affirmer que, par exemple, le secteur public doit offrir des services à moindre coût, mais nous ne tenons pas compte de facteurs comme le coût du capital, les taxes et tout ce que les fournisseurs privés doivent inclure dans leur prix. Lorsqu'on compare pommes avec des pommes, on se rend souvent compte que les fournisseurs privés sont souvent moins cher que les fournisseurs publics.

Au Canada, nous ne disposons pas de telles informations. Malheureusement, nous nous trouvons aux prises avec toute une série d'arguments à caractère politique — les bons ou les mauvais côtés du secteur privé ou du secteur public. À mes yeux, les Suédois ont pour philosophie que la concurrence est préférable au monopole. L'opposition entre les secteurs privé et public joue un rôle très secondaire.

Il me semble qu'un tel débat pourrait trouver des échos dans le contexte canadien. Nous ne préconisons pas un modèle de style américain. Nous devons nous éloigner du débat qui met trop l'accent sur la privatisation. Ce qui compte, c'est la prestation concurrentielle grâce à des incitatifs adaptés aux besoins de différents fournisseurs. Si un établissement public est en mesure de le faire à moindre coût, on lui confère tous les pouvoirs. C'est à lui que revient le droit d'offrir les services concernés.

Le sénateur Morin: Je suis tout à fait d'accord avec votre dernière affirmation.

Le président: Permettez-moi de faire un commentaire au sujet du coût du capital. Du fait qu'on n'en tienne pas compte dans le système de santé du Canada n'est pas unique à notre système. Dans les affaires gouvernementales, le seul cas où on tient compte du coût du capital, c'est lorsqu'on se demande s'il vaut mieux acheter un édifice à bureau ou le louer. On procède alors à ce qu'on appelle une «analyse financière normalisée», en vertu de laquelle, on compare, comme vous le dites «des pommes avec des pommes», mais je ne connais pas d'autres exemples. Je tenais simplement à établir clairement que le défaut de procéder de cette façon n'est pas propre au système de santé. Ce n'est pas la meilleure façon de procéder, mais c'est la réalité.

M. Holle: Non, non. Des pays comme la Grande-Bretagne, l'Australie, la Nouvelle-Zélande obligent maintenant tous les organismes du secteur public à fonctionner ainsi, et c'est de la sorte qu'on obtient une analyse plus perfectionnée de la politique gouvernementale.

A cet égard, le Manitoba est notoire. Il y a chez nous des politiciens qui vont et viennent en affirmant que nous offrons les prix les plus bas possibles au Canada, qu'il s'agit d'un miracle et d'une fonction de la régie publique. Eh bien, lorsqu'on tient compte du fait que Hydro ne paie pas de dividendes ni d'impôt ni

lower prices. Again, that is one of the reasons that in Manitoba, in my opinion, the public policy debate is pretty mediocre.

Senator Keon: Professor West, first of all I want to compliment you on a very splendid presentation, very accurate. There were a couple of truly interesting areas on which I would like you to comment.

The first thing that has fascinated me about the system in France, and to a lesser degree the other EC countries now, is that they are in fact using a population health basis for all of their decision making. In fact, they are constantly monitoring the population health of various groups, and when they see something out of whack, they are putting the necessary people together to come up with a solution to that particular problem. I do believe that, more than any other single thing that they have been doing, this is the key to their success. It is a voice in the wilderness. I have been using every opportunity to say that until we get to this in Canada, we are not going to solve our problems, regardless of what we do.

The second very interesting phenomenon in France is the public health issue. Whether through good luck or management or whatever, they have had a low incidence of cardiovascular disease that is causing the major economic burden here in Canada and in the U.S., Finland, Ireland and some other countries.

Twenty-five years ago, Dr. Fraser Mustard from McMaster used to preach the wine gospel — you have seen his lectures over and over and over — that the French were saving a fortune simply by drinking lots of red wine. I think there is a component of truth to that, but as we know, alcohol causes other problems.

I want you to comment on those two areas, because I do think they skew the figures a little, and that when you come down to the economics of the system and the way it works, it may not be as perfect as you think.

If you, Mr. Chairman, and the committee will forgive me an anecdote, I have just retired as head of heart surgery at the Ottawa Heart Institute, and the man who replaced me is from France. He came to Canada because he was not happy with the French system. I just want to make the point that not everybody there is happy, just as we are not all happy here. I do want to have you truly expand on this concept of constant monitoring of population health as a nation, as a group, as a region, and putting in place the necessary mechanisms to deal with the areas that are out of sync.

Ms West: You are right, they do have a long history that was re-strengthened in the mid 90's with the creation of a new group called ANAES to undertake the accreditation-evaluation process with total independence from government, and in fact, it makes recommendations that the governments of the day do not necessarily like. They are responsible for accreditation, like our system, except all those accreditations are actually made public,

rien de ce genre, on se rend compte qu'on a affaire à une subvention qui crée l'illusion de prix plus bas. Une fois de plus, c'est l'une des raisons qui font que, au Manitoba, le débat sur la politique gouvernementale est, à mon avis, relativement médiocre.

Le sénateur Keon: Madame West, je tiens d'abord et avant tout à vous faire compliment: votre exposé est tout à fait splendide et des plus exacts. Il y a deux ou trois aspects véritablement passionnants à propos desquels j'aimerais que vous étoffiez.

La première chose qui m'a fasciné à propos du système français, et, dans une mesure moindre, d'autres pays de la CE aujourd'hui, c'est qu'on fonde en réalité toutes les décisions sur la santé de la population. En fait, on surveille sans cesse la santé de divers groupes. Lorsqu'on constate une anomalie, on réunit les ressources humaines nécessaires, à qui on confie la tâche de remédier à tel ou tel problème. À mes yeux, c'est là, plus que toute autre mesure, la clé de la réussite. C'est comme prêcher dans le désert. Je profite de toutes les tribunes pour dire que le Canada ne règlera pas ses problèmes, peu importe ce que nous ferons, tant et aussi longtemps qu'il ne se sera pas engagé dans cette voie.

Le deuxième phénomène des plus intéressants en France a trait à la santé publique. Du seul fait de la chance, d'une bonne gestion ou de je ne sais quoi, notre pays bénéficie d'une faible incidence des maladies cardiovasculaires qui entraînent un fardeau économique majeur ici au Canada, aux États-Unis, en Finlande, en Irlande et dans certains autres pays.

Il y a vingt-cinq ans, le Dr Fraser Mustard de McMaster prêchait l'Évangile de la vigne — vous avez vu ces segments à satiété — selon lequel les Français économisaient une fortune simplement en buvant beaucoup de vin rouge. Je pense qu'il y a là un élément de vérité, mais, comme nous le savons tous, l'alcool cause d'autres problèmes.

Je voulais vous entendre sur ces deux questions qui, me semble-t-il, altèrent quelque peu les chiffres. Lorsqu'on considère l'économie du système et son fonctionnement, on constate qu'il n'est peut-être pas aussi parfait que vous le pensez.

Avec votre permission, monsieur le président, et celle des membres du comité, je vais vous raconter une anecdote. Je viens tout juste de prendre ma retraite à titre de chef du département de chirurgie cardiaque de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, et l'homme qui me remplace vient de la France. S'il est venu au Canada, c'est parce qu'il était mécontent du système français. Je tiens simplement à souligner que tout n'est pas rose là-bas, comme tout n'est pas rose ici. Je veux que vous donniez plus de détails sur la notion de contrôle constant de la santé de la population en tant que nation, en tant que groupe et en tant que région de même que sur la mise en place des mécanismes nécessaires pour faire face aux problèmes éventuels.

Mme West: Vous avez raison, la France possède une longue tradition dans ce domaine, laquelle a été encensée au milieu des années 90 par la création d'un nouveau groupe appelé ANAES, chargé du processus d'accréditation et d'évaluation. Tout à fait indépendant du gouvernement, le groupe formule des recommandations que le gouvernement en place n'apprécie pas nécessairement. Comme dans notre système, le groupe est

so the public knows how well the local hospital is doing. They are evaluating new technology. For example, they came out with the recommendation that there should be one MRI for every 240,000 people. The government got grumpy about that, but they bucked up and actually are paying for that, plus the upkeep and refreshing of that system.

This umbrella organization is also responsible for the consensus conferences. A consensus conference could be held on cardiovascular disease that could look at all of the newest information, all of the new drugs, what they should be teaching, both in prevention and health promotion, and eventually in curative techniques. You have all of the skills within the room, and then those recommendations go out to the general public. It seems extremely effective and extremely credible to the people of that country. I do not think that that can be underestimated, that when you put the bright lights of the country within one room, you often come up with more effective, efficient ways of dealing with things, of making sure that that sector of the population or that disease is looked after.

The cardiovascular disease is quite interesting. You are right that credit has been given to olive oil and wine, but we are also seeing the level of fat consumption dropping quite rapidly. Their consumption levels were above ours, but now they are starting to slide below us. They seem to take information about health promotion much more seriously than Canadians do, and actually change their lifestyle. They change their lifestyle according to some of the recommendations, which we seem to have a very difficult time convincing people to do. I am not saying that they do it easily, but they seem to do it more effectively than Canadians do.

The satisfaction survey on the public hospital in Grenoble demonstrated that people were 91 per cent satisfied or very satisfied with the care. They want to improve on communication. Satisfaction with that dropped down to 80 per cent. Some Canadian studies have only demonstrated satisfaction percentages in the 50's on communication with patients about their health care and related matters. They were not happy with their food either, but I am not sure what you do about institutional food. From a patient's point of view, the health care system seems to work. They are afraid of tomorrow, of the additional cost that might be a result of the baby boomers of that country. We interviewed a lot of people and really pushed them to find out what the difficulties were, and they were small in comparison to what you would find here. They would say that the private care was better because it was more personalized than the public, but they trusted the public system enormously and they knew it had to be there for the big health care problems. It was really interesting.

responsable de l'accréditation, sauf que les accréditations sont rendues publiques, de façon que les citoyens sachent ce que fait l'hôpital local. Il évalue la nouvelle technologie. A titre d'exemple, il a recommandé un rapport d'une IRM par tranche de 240 000 habitants. Le gouvernement a manifesté de la mauvaise humeur, mais il s'est ressaisi et éponge la facture, sans oublier le maintien et l'actualisation du système.

Cet organisme-cadre assume également la responsabilité des conférences consensuelles. On pourrait par exemple tenir une conférence consensuelle sur les maladies cardiovasculaires. On profiterait de l'occasion pour examiner les informations les plus récentes, tous les nouveaux médicaments, les renseignements nécessaires, dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé, et, enfin, les techniques curatives. On réunit tous ces talents dans une même pièce, puis les recommandations sont rendues publiques. Les citoyens considèrent la démarche comme extrêmement efficace et crédible. Je ne vois pas comment on pourrait en sous-estimer les effets. Lorsqu'on réunit sous un même toit les éléments les plus brillants du pays, on aboutit souvent à des moyens plus efficaces et efficients de faire les choses, de veiller à ce que tel ou tel segment de la population ou telle ou telle maladie reçoive toute l'attention voulue.

La question des maladies cardiovasculaires est particulièrement intéressante. Vous avez raison de dire qu'on crédite les olives et le vin, mais nous assistons également à une diminution rapide de la consommation de matières grasses. En France, les niveaux de consommation étaient supérieurs aux nôtres, mais ils sont en voie de devenir inférieurs. Les Français semblent prendre l'information sur la promotion de la santé beaucoup plus au sérieux que les Canadiens, et ils modifient leur mode de vie en conséquence. Ils modifient leur mode de vie selon certaines des recommandations, ce que nous semblons avoir beaucoup de difficulté à faire. Je ne dis pas qu'ils y parviennent facilement, mais ils semblent le faire plus efficacement que les Canadiens.

Le sondage sur la satisfaction à l'égard de l'hôpital public de Grenoble a montré que les gens étaient satisfaits ou très satisfaits des soins reçus dans une proportion de 91 p. 100. Ils veulent qu'on améliore la communication. À cet égard, le taux de satisfaction est tombé à 80 p. 100. En ce qui concerne la communication avec les patients relativement aux soins de santé reçus et à d'autres questions connexes, des études canadiennes récentes ont fait état de taux de satisfaction dans les 50 p. 100. Les répondants n'étaient pas non plus heureux de la nourriture servie, mais je ne sais pas s'il y a une solution au sujet de la nourriture d'hôpital. Du point de vue du patient, le système de santé semble fonctionner. On redoute demain et les coûts additionnels que pourront apporter avec eux les enfants de la génération du baby boom du pays. Nous avons interviewé un grand nombre de personnes et nous les avons vraiment poussées pour qu'elles définissent les problèmes éventuels, lesquels sont minimales lorsqu'on les compare à ceux d'ici. Les répondants disent par exemple que les soins reçus dans un établissement privé sont d'une meilleure qualité parce qu'ils étaient plus personnalisés que ceux offerts par un établissement public, mais ils ont une très grande confiance dans le système public et savent qu'ils doivent

We pushed them on waiting lists, because interview after interview, we heard that there was no waiting list. We said, "Come on, you have to have some waiting list. One gentleman said, "Well, there is for that Parkinson's disease surgery that we invented in this country, and they have Arafat on the list for that, and for some minor eye surgery," but nothing like we have in this country.

Senator Pépin: I would like to speak about the nursing situation. We know that for many years, let us say maybe 10 years, nurses have been overworked and demoralized and patients have not been happy. Let us say that we could propose better working conditions, flexible, family-friendly hours, more available technology, better organization and distribution, a better salary, and most of all, respect. Is there any other proposal that we could make to improve the nursing situation, so that at least they will feel comfortable and happy in doing their job?

I believe that they are really paying the price of health care restructuring, that they are the ones who are being left aside, and right now they are so exhausted that they can hardly speak for themselves. How could we organize it better?

Ms West: First, I would attack the respect issue. I would actually give people a say. Front-line people should be allowed to make decisions that only affect their unit or division, and get on and correct problems. I think that nurses and other front-line people know where the bottlenecks are, they know how to attack them, and if you were to give them a voice, they would actually be able to make a lot of those changes. We have got to devolve some of the decision-making power to the unit level, to the hospital level. It all has to be defined. I am not saying you give away all this power without establishing a framework. Wherever you privatize, wherever you make a system change, you create a framework that allows all of that to occur safely.

As for working hours, one great difficulty is the fact that nurses cannot get full-time jobs. We have a huge nursing shortage here in this province, and only 35 per cent can get full-time work. I can tell you, from teaching and from talking to soon-to-be graduates, that they are going to leave. They are not going to graduate and go into part-time work and be happy about it. They are going to go to another province, another state where about 70 per cent of positions are full time, which seems to be about right for women. There are going to be a few women wanting to have children, and, nearing retirement, to be able to tone down their lives, but the vast majority want full-time jobs, and 35 per cent just does not cut it.

compter sur lui en cas de problème de santé grave. C'est vraiment très intéressant.

Nous les avons aussi poussés sur la question des listes d'attente parce que, interview après interview, on nous a répété qu'il n'y en avait pas. Nous disions: «Allez, vous devez bien avoir une liste d'attente». Un homme a répondu: «Eh bien, il y en a une pour l'intervention chirurgicale destinée aux personnes atteintes de la maladie de Parkinson que nous avons inventée au pays, et le nom d'Arafat figure sur cette liste. Il y en a une aussi pour certaines interventions mineures aux yeux», mais rien qui se compare à la situation observée ici.

Le sénateur Pépin: J'aimerais dire un mot de la situation du nursing. Nous savons que, depuis des années, disons peut-être une dizaine d'années, les infirmières sont surmenées et démotivées, tandis que les patients sont plutôt mécontents. Imaginons maintenant que nous puissions leur proposer de meilleures conditions de travail, un horaire flexible plus propice à la vie de famille, une technologie plus accessible, une meilleure organisation et une meilleure répartition, un salaire plus élevé et, d'abord et avant tout, du respect. Y a-t-il d'autres propositions que nous puissions faire pour améliorer la situation des infirmières, de façon qu'elles se sentent au moins à l'aise et heureuse de faire leur travail?

À mon avis, ce sont elles qui font les frais de la restructuration du système de santé qu'on laisse de côté et qui, pour le moment sont si fatiguées qu'elles arrivent difficilement à se défendre. Comment pourrions-nous mieux faire les choses?

Mme West: Je m'attaquerai d'abord à la question du respect. En fait, je donnerais aux intéressées la possibilité de se faire entendre. Les travailleurs de première ligne devraient pouvoir prendre les décisions qui n'influent que sur leur unité ou leur division afin de faire face aux problèmes et de les régler. Je pense que les infirmières et les autres travailleurs de première ligne savent où sont les goulots d'étranglement, comment les supprimer. Si vous leur donniez voix au chapitre, ils seraient de fait en mesure d'apporter bon nombre des modifications souhaitées. Nous devons déléguer certains pouvoirs décisionnels au niveau de l'unité, au niveau de l'hôpital. Tout devra être défini. Je ne dis pas qu'il faille leur déléguer tous ces pouvoirs sans avoir au préalable défini un cadre. Qu'on privatise, qu'on modifie le système, on doit d'abord établir un cadre qui permette à tous ces changements de s'effectuer de façon sécuritaire.

En ce qui concerne les heures de travail, la difficulté vient du fait que les infirmières ne parviennent pas à travailler à temps plein. Ici, dans la province, nous sommes en butte à une grave pénurie d'infirmières, et seulement 35 p. 100 d'entre elles parviennent à trouver du travail à temps plein. À partir de mon expérience de professeure et des discussions que j'ai avec les futures diplômées, je peux vous donner l'assurance qu'elles vont partir. Elles ne vont pas obtenir un diplôme pour travailler à temps partiel et s'en contenter. Elles vont se rendre dans une autre province, dans un autre État, ou 70 p. 100 des postes sont à temps plein, ce qui semble à peu près convenir aux femmes. Certaines d'entre elles voudront avoir des enfants et, à l'aube de la retraite, être en mesure de vivre leur propre vie, mais la vaste

In the U.S., some Australian states, and several of the European countries they have created full-time positions for weekends. You work three 12-hour shifts and get full-time benefits and wages, but that allows two to three other people to have reasonable schedules, where they get every other weekend off. That seems to be a really big innovation, creating shift flows, when I talk to people from other countries.

You have to remunerate adequately. It has to be internally and externally fair, but I think that there needs to be the possibility of additional remuneration. They do not, for example, allow additional remuneration for working in the North, or in some of the very high-end ICUs, CCUs, and all those places where they cannot recruit people. The nurses have additional education, additional responsibility, and they should be remunerated for those kinds of things. We have full-time positions unfilled in some of those really high-tech, difficult places, because why would you go there when you are going to have to put in a lot more heart and soul. Nurses put heart and soul into everything, but you have to put in even more effort and you are going to have to be more technically capable.

Senator Pépin: Do you have anything to add, Mr. Holle?

Mr. Holle: I think we could probably say that the unions have to do something as well here. In fact, there is a big divide between the older nurses and the younger ones over scheduling and so on, and I think it is also a labour issue. In fact, there are nurses officially working part-time who work lots of overtime. The official wage is \$35,000, and we can run around saying that we have the lowest salaries, but at the end of the day, you are making \$70,000 because you are working a lot of overtime. I think that is one reason why Manitoba has the least number of full-time workers. There is a bit of labour politics going on here that we need to understand.

Senator Keon: Mr. Holle, you threw out a very interesting idea at the end of your presentation, the concept of the consumer account. I was thinking that the analogy that I, at least, am familiar with is the British clinics that receive their account for the year and have so much cash to spend on their patient population base.

Again, anecdotally, I happen to have a daughter who is a doctor over there, married to a doctor, and I get an opportunity now and then to grill them on the system. I have asked them how this works and they say, "Well, it works great for the first half of the

majorité d'entre elles tient à occuper un poste à temps plein, et une proportion de 35 p. 100 ne suffit tout simplement pas.

Aux États-Unis, dans certains États de l'Australie et dans quelques pays européens, on a créé des postes à temps plein pour les week-ends. Les infirmières effectuent trois quarts de travail de 12 heures et obtiennent un salaire et des avantages sociaux complets, mais la mesure permet à deux ou trois autres personnes de travailler selon un horaire raisonnable, en vertu duquel elles ont droit à un week-end de congé sur deux. Si j'en juge par les conversations que j'ai eues avec des représentants de divers pays, il s'agit d'une innovation importante, en ce sens qu'elle favorise l'harmonisation des quarts de travail.

On doit aussi offrir une rémunération adéquate. Cette dernière doit être équitable à l'interne et à l'externe, mais je pense qu'on doit pouvoir permettre une rémunération additionnelle. Par exemple, les infirmières n'ont pas droit à une rémunération additionnelle parce qu'elles travaillent dans le Nord ou dans certains services de soins intensifs des plus pointus, ou dans d'autres secteurs où on n'arrive pas à recruter des candidates. Les infirmières ont une formation et des responsabilités additionnelles, et on devrait les rémunérer en conséquence. Dans certains services difficiles à la fine pointe de la technologie, il y a des postes à temps plein vacants. Pourquoi accepter de tels postes, où on doit investir corps et âme? Les infirmières s'investissent corps et âme dans tout ce qu'elles font, mais il faut dans de tels cas consentir un effort encore plus grand et posséder des compétences techniques encore plus poussées.

Le sénateur Pépin: Vous vouliez ajouter quelque chose, monsieur Holle?

M. Holle: Je pense qu'on peut également dire que les syndicats ont ici un rôle à jouer. En fait, on note un écart considérable entre les infirmières plus âgées, les infirmières plus jeunes, en ce qui a trait aux horaires de travail et ainsi de suite, et je pense qu'il s'agit là aussi d'un problème de relations de travail. En fait, certaines infirmières qui travaillent officiellement à temps partiel effectuent beaucoup d'heures supplémentaires. Le salaire officiel est de 35 000 \$, et vous aurez beau crier sur tous les toits que vous êtes les moins bien rémunérés, au bout du compte, vous gagnez 70 000 \$ parce que vous effectuez beaucoup d'heures supplémentaires. Je pense que c'est l'une des raisons qui font que le Manitoba est la province où se retrouve le plus petit nombre de travailleurs à temps plein. Il y a ici en jeu des questions politiques liées aux relations de travail que nous devons comprendre.

Le sénateur Keon: Monsieur Holle, vous avez, à la fin de votre exposé, lancé une idée très intéressante, à savoir la notion de compte pour les consommateurs. L'analogie que, personnellement, à tout le moins, je connais a plutôt trait aux cliniques britanniques, qui reçoivent un compte pour l'année et bénéficient d'un montant donné établi en fonction du nombre de patients éventuels.

Sur le plan anecdotique, une fois de plus, il se trouve que j'ai une fille qui exerce la médecine en Grande-Bretagne est mariée à un médecin. J'ai donc à l'occasion la possibilité de poser des questions au sujet du système. J'ai demandé comment le système

year, until the money runs out.” Then the problem is that the distribution of services becomes rather unfair.

Now, if we bring that down to the private patient account, it certainly would be a very ingenious way of introducing accountability into the system, and there is no question that we need to do that in Canada. However, how would you deal with the fact that families, for example, or individuals might skimp on their accounts for fear of over-utilization?

Mr. Holle: I think the evidence in Singapore is that on all of the indicators, of lifespan and so on, they score very highly. I guess the evidence is there in Singapore that the system is delivering good services.

I think you touched on the problem of cherry picking at the beginning, and there are a few ways of dealing with that. You might require that the insurance companies, for example, cannot just pick the youngest, most healthy people, that they have to take a cross-section of the population.

I would also say that generally, the proportion of the population with special problems is quite small, and we could then design a special policy for that 5 per cent or whatever, or we might even just take them into the public system where they are taken care of by the government. However, the vast majority of people, the middle class and so on, can benefit by being intelligent with their health care dollar. If you do not smoke, your insurance gets reduced, et cetera; or we could arrange it so that if you join an exercise club, you can deduct that from your health care account, so it gives the government another policy lever to encourage good behaviour.

Our problem is we have a lowest-common-denominator system where we are trying to handle all of these diverse groups in one system, and it just does not work very well. We have evidence of that.

I found it interesting that China looked around at health care systems a few years ago, concluded that ours was not the system to run with, and ended up going with a medical savings account system, where the goal of the policy is to make sure that the people have resources to take care of themselves, but they just laugh at the idea of politicians running sophisticated service businesses.

I think our problem here in Canada is that our politicians are trying to do too much. We had a big fiasco here with kitchens a few years ago — and it actually defeated the last government — where the government minister was involved in the technology of centralized kitchens and all of that, and that was really not an

fonctionne, et ils m'ont répondu: «Eh bien, il fonctionne bien pendant la première moitié de l'année, après quoi l'argent est épuisé». Le problème vient du fait que la répartition des services devient plutôt injuste.

L'adoption au Canada d'un compte privé pour les patients constituerait certes un moyen très ingénieux d'introduire une forme de responsabilisation dans le système, et il ne fait aucun doute que nous devons passer par là au Canada. Cependant, comment faire face au risque que certaines familles, par exemple, ou des particuliers économisent les sommes qui dorment dans leur compte par crainte de les surutiliser?

M. Holle: À la lumière de l'exemple de Singapour, on constate que les résultats obtenus à l'égard de tous les indicateurs, l'espérance de vie et tout le reste, sont très élevés. Je pense que l'exemple de Singapour montre que le système assure de bons services.

Vous avez au départ fait allusion au problème de l'écémage, et on dispose de quelques moyens pour y faire face. On peut obliger les compagnies d'assurance, par exemple, à ne pas choisir que les personnes les plus jeunes et les plus en santé et à retenir une fraction de la population.

Je dirais que, de façon générale, la proportion de personnes ayant des problèmes particuliers est relativement limitée, et nous pourrions élaborer une politique spéciale pour la tranche de la population qu'elles représentent, soit 5 p. 100 ou je ne sais trop, ou encore faire en sorte qu'elle soit prise en charge par le gouvernement dans le système public. Cependant, la vaste majorité des personnes, celles de la classe moyenne et ainsi de suite, peuvent tirer des avantages de l'utilisation judicieuse des fonds dont elles disposent pour leur santé. Si vous ne fumez pas, vos primes d'assurance sont réduites, etc. Si vous vous inscrivez à un club de conditionnement physique, vous pourriez également déduire cette somme de votre compte d'épargne santé. Ainsi, le gouvernement disposerait d'un autre levier stratégique pour encourager l'adoption de bons comportements.

Le problème, c'est que nous disposons d'un système axé sur le plus petit dénominateur commun, en vertu duquel nous tentons de traiter le cas de tous ces groupes diversifiés dans un seul et même système, ce qui ne fonctionne pas très bien. Nous en avons la preuve.

Fait intéressant, la Chine, il y a quelques années, a étudié les systèmes de santé du monde et conclu que notre modèle n'était pas à retenir. Elle a fini par adopter un régime de compte d'épargne médicale, dans le cadre duquel la politique a pour but de donner aux citoyens les ressources dont ils ont besoin pour veiller sur eux-mêmes, mais les Chinois éclatent de rire à l'idée que les politiciens exploitent des entreprises de services perfectionnés.

A mon avis, le problème que nous avons au Canada vient du fait que les politiciens tentent d'en faire trop. Il y a quelques années, il y a eu ici un vaste fiasco à propos des cuisines — lequel a de fait entraîné la perte du dernier gouvernement: un ministre du gouvernement était mêlé à la technologie des cuisines centralisées

issue for the politician. Let the system look at nitty-gritty issues like that.

I think the MSA model, because it creates a separation between the politician and the system, actually helps the politician, but it also delivers a better outcome for everybody else.

The Chairman: Can I just ask one follow-up question on that? As you know, the Clair Commission in Quebec in effect proposed that kind of medical savings account model for long-term care. They proposed that people would be required to put aside a certain amount of money on an annual basis, which would then ultimately be drawn down for long-term care.

I think I know the answer, but my question was going to be, do you see the medical savings account in Canada applied to the entire health care system, or starting with just a specific part of it, such as home care or long-term care?

Mr. Holle: I think politically, you would want to introduce it as an option, a parallel system. I think that going the whole way, of course, is the ultimate answer. I think the politics of it are difficult, but I see it being introduced much as RSPs were to supplement CPP. Most people, at least of my generation, do not expect much from CPP. The RSP is where we are going to find our pensions.

The Chairman: By the way, I should tell both the audience and our witnesses, one of the reasons for the knowledgeable questions that you are getting is that three senators with me today have all spent very large chunks of their life in the system. Senator Pépin was a nurse, Senator Morin was dean of medicine at Laval, and Senator Keon, although, as he modestly said, stepped down from doing cardiac surgery on October 1, is still the head of the Ottawa Heart Institute. They carry me along, and the knowledge base among my three colleagues is really quite outstanding.

Professor West, I have one last question for you. If you had to identify just two or three things that make the French system better than the Canadian, what would they be?

Ms West: I would say having some sort of competition, being able to peg your price, knowing what a knee replacement costs, knowing what a hip replacement costs. I presented France because it is number one according to the World Health Organization, but I am not sure that they are actually as dynamic as Catalonia in Spain. That province has moved further on the payer-provider separation, is getting very dramatic results from that, and is starting to significantly separate its information and stats from the rest of the country.

et à tout ce dossier, et ce n'est vraiment pas une question qui relève de la responsabilité de politiciens. Laissons au système le soin de s'occuper des dures réalités de ce genre.

Je pense que le modèle des comptes d'épargne médicale, dans la mesure où ils créent une séparation entre le politicien et le système, vient en aide au politicien, mais il permet aussi à tous les autres intervenants d'obtenir de meilleurs résultats.

Le président: Puis-je poser une question de suivi à ce sujet? Comme vous le savez, la Commission Clair au Québec a effectivement proposé ce genre de modèle de compte d'épargne médicale pour les soins de longue durée. Elle a proposé que les citoyens soient tenus de mettre de côté, tous les ans, un montant donné, dans lequel ils pourraient puiser lorsqu'ils auront besoin de soins de longue durée.

Je connais la réponse, mais voici ma question: le compte d'épargne médicale devrait-il, au Canada, s'appliquer à l'ensemble du système de santé ou y a-t-il lieu de débiter par un secteur précis, par exemple les soins à domicile ou les soins de longue durée?

M. Holle: Sur le plan politique, je pense qu'on aurait intérêt à présenter le système comme une option, un système parallèle. Allers jusqu'au bout constitue de toute évidence l'ultime solution. Les enjeux politiques sont complexes, mais on pourrait introduire le système un peu comme les REER complètent le RPC. La plupart des gens, du moins ceux de ma génération, n'attendent pas grand-chose du RPC. C'est dans notre REER que nous allons trouver de quoi financer notre retraite.

Le président: Soit dit en passant, je devrais préciser à l'intention de l'auditoire et de nos témoins que les questions savantes que nous posons s'expliquent en partie par le fait que nous comptons aujourd'hui parmi nous trois sénateurs qui ont consacré une grande partie de leur vie au système. Le sénateur Pépin a été infirmière, le sénateur Morin a été doyen de la faculté de médecine de l'Université Laval et le sénateur Keon dirige toujours l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, même si, comme il l'a modestement indiqué, il a quitté le 1^{er} octobre son poste de chef du département de chirurgie cardiaque. Ils m'aident à aller de l'avant, et la masse de connaissance que possèdent mes trois collègues est tout à fait remarquable.

Madame West, j'ai une dernière question pour vous. Quels sont, à votre avis, les deux ou trois caractéristiques qui font que le système français fonctionne mieux que le système canadien?

Mme West: Je mentionnerais une certaine forme de concurrence, le fait de pouvoir fixer son prix, de savoir ce que coûte un remplacement du genou ou un remplacement de la hanche. Si j'ai présenté le cas de la France, c'est parce que ce pays vient au premier rang du classement de l'Organisation mondiale de la santé, mais je ne suis pas certaine que ce pays fasse preuve d'autant de dynamisme que la Catalogne en Espagne. Cette province, en effet, est allée au-delà de la séparation du payeur et du fournisseur, obtient en conséquence des résultats des plus spectaculaires et s'apprête à dissocier pour une bonne part ses données et ses statistiques de celles du reste du pays.

I think it is important in France that there are three different groups. The government is setting up rules, the evaluation and accreditation group is providing a backbone of technical and health care information, and then the insurance companies, whether we call them private or employee supported, are absolutely mandatory, and are just like our MPI.

In fact, I do not know how much you know about our MPI insurance.

The Chairman: What does MPI stand for?

Ms West: Manitoba Public Insurance. We all have to pay for car insurance into one system so that we are all covered, but then you have the choice of whichever private garage you want. That creates ability to make choices, where the people sort of drive the volume and competition makes sure there is not a surplus in one kind of care and deficits in others that create the long waiting lists. That is where competition really is much more effective. The bureaucrats will never predict the right number of heart, knee, hip and eye surgeries and set the system up. The more we micro manage the system, the worse it gets.

I suggest that we move away from that to a system of either real competition, private and public, or quasi-competition, so that we do not have those inaccuracies in volumes and the queuing lists that really control our costs.

The Chairman: Professor West, this list that you gave us is clearly the index to a book. Is that a finished book or one you are still working on? I know you gave us chapter eight, in addition to the index. I am just curious, where is the rest?

Ms West: The rest of the book is being peer reviewed and I will get the results this week. It is available at this stage only in identical format to chapter eight, which is really my first cut of the book. It is to be published by January.

The Chairman: If we wanted to get an advance copy, particularly looking at your section E on a stable, sustainable health care system, would you be willing to give us, at least unofficially, some of those chapters if we specifically wanted them?

Ms West: In fact, you can have the identical format to what has been given to the peer reviewers. The publisher has it and can now produce it. I have had a few copies produced in the peer review style.

The Chairman: That would be helpful. We will chat with you about that off-line.

Senators, our next group of witnesses is from the Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development, so we are quite sharply switching topics.

Je pense que le fait que la France compte trois groupes différents revêt de l'importance. Le gouvernement définit les règles, le groupe chargé de l'évaluation et de l'accréditation fournit une armature d'informations techniques et sanitaires, puis les compagnies d'assurance, qu'elles soient privées ou qu'elles prévoient une participation des employés aux bénéfices, sont absolument obligatoires, tout comme les APM.

En fait, j'ignore ce que vous savez au sujet de l'APM.

Le président: Que désigne l'acronyme APM?

Mme West: Assurance publique du Manitoba. Nous devons tous souscrire une assurance-automobile dans un régime, de façon que tous soient protégés, mais nous avons le choix du garage privé. On doit laisser au citoyen la possibilité d'effectuer des choix, et ce sont les gens qui influent sur le volume. Enfin, le jeu de la concurrence fait en sorte qu'il n'y a pas de surplus dans un type de soins et des déficits dans d'autres, ce qui entraînerait de longues listes d'attente. C'est là que la concurrence est beaucoup plus efficace. Les bureaucrates ne réussiront jamais à prédire le nombre exact de chirurgies, qu'elles aient trait au coeur, aux genoux, aux hanches et aux yeux, et à bien configurer le système en conséquence. Plus nous nous adonnons à la micro-gestion du système, plus la situation se détériore.

Je propose que nous nous écartions de ce système au profit d'un nouveau système véritablement concurrentiel, qu'il soit privé ou public, ouvert à la quasi-concurrence, de façon à éviter les inexactitudes dans les volumes et les listes d'attente, facteurs qui président à nos coûts.

Le président: Madame West, la liste que vous nous avez remise constitue de toute évidence la table des matières d'un livre. S'agit-il d'un livre terminé ou d'un livre toujours en préparation? Je sais que vous avez remis le chapitre 8, outre la table des matières. Vous avez piqué ma curiosité, et je me demande où en est le reste.

Mme West: Le reste du livre est en cours d'examen par des pairs, et je recevrai les résultats cette semaine. Pour le moment, il n'existe que selon la présentation du chapitre 8, soit la première ébauche du livre. Il sera publié en janvier.

Le président: Si nous souhaitions obtenir un exemplaire en communication préalable, notamment la section E qui porte sur un système de santé stable et durable, seriez-vous disposée à nous remettre, à titre officieux tout au moins, certains des chapitres que nous aimerions en particulier consulter?

Mme West: En fait, vous pourriez recevoir un exemplaire identique à celui que les pairs examinateurs ont en main. L'éditeur peut maintenant fournir de tels exemplaires. J'ai fait préparer quelques exemplaires suivant la présentation prévue pour les pairs.

Le président: Cela nous serait utile. Nous allons en discuter avec vous à micro fermé.

Sénateurs, nos prochains témoins appartiennent au Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development. Il s'agit donc d'un changement de sujet assez brutal.

The next witness is Dr. Henry Friesen. He is recognized around the world and in Canada as a researcher in medicine.

By the way, congratulations. You became a Companion of the Order of Canada in the last couple of weeks, I believe, which is an honour bestowed on very few Canadians.

I first met Dr. Friesen when he was heading the Medical Research Council. He then went on to chair the original group that lead to the CIHR, and is still, I believe, the chair of Genome Canada. His record, both inside this country and outside, and particularly in the technology area, is quite outstanding. We are delighted to have you with us today, sir.

I understand you have distributed a handout. Perhaps just for the purposes of our record and our Hansard reporters, it would be useful if you would identify your colleagues and proceed with your presentation, and we will then turn to questions. Thank you for coming.

Dr. Henry Friesen, Team Leader, Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development: It is a pleasure, and an opportunity for us to express our gratitude to you all for meeting with me and my colleagues from the Western Canada initiative on health innovations.

May I introduce on my immediate left, Dr. Aubrey Tingle, president of the Michael Smith Fund at UBC. He is a professor of pediatrics and has a long history of involvement in health research. On my right is Dr. John Foerster, director of St. Boniface Health General Hospital Research Centre. On my far left is Chuck Laflèche, president of Momentum Healthcare. We are here as members of the task force commissioned by the Honourable Ron Duhamel to address the future of health research and economic development in Western Canada. The initiative was undertaken to explore the opportunities that might present themselves for Western Canada to become a platform or a launch pad for economic development and opportunity. The consensus reached was that if we correctly positioned the Western Canadian health care enterprise and institutions, it would be possible to envisage health research, innovation and commercialization as an opportunity for major economic development.

I wish to link our efforts with the thrust of your report and make a number of observations, because I believe the major emphasis of our work is largely absent in the options you lay out. I believe it is important to recognize, as we do and hope to persuade you, that in addition to the output of knowledge and its application to the health care system and health of Canadians directly, there is another possible opportunity to apply that knowledge, gained from investment in research, to the development of products, services and management skills.

Le prochain témoin est le Dr Henry Friesen. Il est connu au Canada et dans le monde entier à titre de chercheur en médecine.

Je profite de l'occasion pour vous adresser mes félicitations. Il y a deux ou trois semaines, vous êtes devenu Compagnon de l'Ordre du Canada, honneur qui échoit, je crois, à de très rares Canadiens.

J'ai d'abord fait la rencontre du Dr Friesen à l'époque où il dirigeait le Conseil de recherches médicales. Il a ensuite présidé le groupe initial qui a conduit aux IRSC et préside toujours, si je ne m'abuse, Génome Canada. Sa feuille de route, au pays et à l'étranger, est tout à fait remarquable, notamment dans le domaine de la technologie. Aussi, nous sommes ravis de vous compter parmi nous aujourd'hui.

Je crois comprendre que vous avez fait circuler un document. Aux fins du compte rendu et des sténographes du harsard, il serait peut-être utile que vous présentiez vos collègues avant de présenter votre exposé, après quoi nous passerons aux questions. Merci d'être ici.

Le Dr Henry Friesen, chef d'équipe, Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development: C'est avec plaisir que nous sommes ici. Nous vous sommes reconnaissants de nous accueillir aujourd'hui, mes collègues de l'initiative de l'Ouest canadien sur les innovations en santé et moi.

Je vous présente, à ma gauche immédiate, le Dr Aubrey Tingle, président du Michael Smith Fund de l'Université de la Colombie-Britannique. Professeur de pédiatrie, il est depuis longtemps associé à la recherche en santé. À ma droite se trouve le Dr John Foerster, directeur du Centre de recherche de l'Hôpital général de Saint-Boniface. À l'extrémité gauche, on retrouve Chuck Laflèche, président de Momentum Healthcare. Nous sommes ici à titre de membres du groupe de travail chargé par l'honorable Ron Duhamel d'étudier l'avenir de la recherche en santé et du développement économique dans l'Ouest canadien. On a lancé cette initiative pour analyser les débouchés qui s'offrent à l'Ouest canadien de devenir une plate-forme ou une aire de lancement pour le développement économique et les possibilités à exploiter. Le consensus auquel nous sommes parvenus, c'est que, à condition de positionner adéquatement les entreprises et les institutions de l'Ouest canadien du domaine de la santé, nous pourrions voir dans l'innovation, la commercialisation et la recherche en santé une occasion de développement économique majeure.

Je tiens à associer nos efforts au fil conducteur de votre rapport et à formuler un certain nombre d'observations puisque je demeure convaincu que l'optique dominante de nos travaux est pour l'essentiel absente des options que vous avez définies. Comme nous avons l'espoir de vous en persuader, je pense qu'il importe d'admettre que, outre l'apport des connaissances et de leur application pour le système de santé et la santé des Canadiens directement, il existe une autre application possible de ces connaissances, qui découle de l'investissement dans la recherche, relativement à la création de produits, de services et de compétences en gestion.

Let me make the point in another way: over the next decade, Canada will spend a trillion dollars on its health care system, and it spent 600 billion to 700 billion over the previous decade. I ask myself, and you, how many brand names and services have been generated through those multi-billions of dollars of public investment? I am hard pressed to identify a single product. Indeed, I come to the sad conclusion that the only product that Canadians would recognize immediately is Pabulum. That was a 1930s' development. What other new products and developments have been generated by this huge public investment?

We maintain that we are in a knowledge-based economy. Where is the Canadian knowledge of the management of its health care system bundled and made available as expertise to the world? For example, in the engineering field, just one company, SNC-Lavalin, has a 4-billion-dollar enterprise in its pipeline. There is nothing close to that kind of opportunity and activity in the health care system.

We pride ourselves on having the know-how and the management skills. At which annual meetings are hospital boards and CEOs normally expected to report on products and services that have been generated by their institutions and sold around the world?

It is not too dissimilar. I maintain, to what was true in the 70s and the 80s in the universities, where education, training and research was the expected norm, but too often, regrettably, the resulting products and developments were financed by American capital and Canadian researchers were lured to the United States. We would then buy back these products and services at inflated prices, and still do. The balance-of-payments deficit in this field is now approaching \$8 billion and growing. I do not think that is good public policy, and this is one of the issues that we wish to address in our report, to say we can do better, we should do better, we must do better. However, it will require a cultural shift in our thinking and in our approach.

Therefore, when you say in your report that one of the key federal roles is in supporting research, we heartily agree. The investment should be at an internationally competitive level. We believe that strategies and policies should be put in place to capture the knowledge generated by public investment in a way that has not been done in the past. In addition to investing in research, there is an opportunity, in our view, to see the Canadian experience — indeed, this huge asset that is our health care system — as a platform or opportunity for economic development.

The last point I would make, and I think you refer to it in your report on the issue of regional disparities, is that we recognize the asymmetry across the country and in the western region, particularly Manitoba and Saskatchewan, and we agree with your conclusion that a massive structural change undertaken all at once

Permettez-moi de présenter les choses d'une autre façon. Au cours des dix prochaines années, le Canada consacrera un billion de dollars à son système de santé, et il y a affecté de 600 à 700 milliards de dollars au cours de la dernière décennie. Je me demande, et je vous demande à vous, combien de services et de noms de marque ont été générés grâce à ces milliards de dollars d'investissement public? Pour ma part, j'aurais du mal à identifier un seul produit. En fait, j'en viens à la triste conclusion que le seul produit que les Canadiens reconnaîtraient immédiatement est le Pabulum. C'est une percée qui remonte aux années 30. Combien d'autres avancées et produits nouveaux sont-ils imputables à cet investissement public colossal?

Nous soutenons constituer une économie du savoir. Où les connaissances que les Canadiens ont de la gestion de leur système de santé sont-elles réunies et rendues disponibles sous forme d'expertise offerte au monde? Dans le domaine du génie, par exemple, SNC-Lavalin, pour ne citer qu'une société, dispose d'un actif de 4 milliards de dollars. Dans le domaine des soins de santé, on est bien loin de ce genre de potentiel et d'activité.

Nous nous enorgueillissons de notre savoir-faire et de nos compétences en gestion. À l'occasion de quelles assemblées annuelles s'attend-on à ce que les conseils d'administration et les PDG d'hôpitaux rendent compte des produits et des services générés par leurs institutions et vendus dans le monde entier?

Je soutiens pour ma part que la situation s'apparente à celle que les universités ont connue dans les années 70 et 80: l'éducation, la formation et la recherche étaient la norme attendue, mais, trop souvent, les percées et les produits qui en découlaient étaient malheureusement financés par des capitaux américains, et les chercheurs canadiens étaient attirés vers les États-Unis. Nous devons alors racheter ces produits et services à des prix gonflés, et nous le faisons encore. Dans ce domaine, le déficit de la balance des paiements frôle les 8 milliards de dollars et va croissant. À mon avis, il ne s'agit pas d'une bonne politique gouvernementale, et c'est l'un des enjeux auxquels nous souhaitons nous intéresser dans notre rapport. Nous tenons à affirmer que nous pouvons faire mieux, que nous devrions faire mieux et que nous devons faire mieux. Cependant, notre façon de penser et notre approche devront faire l'objet d'un changement culturel.

Lorsque, dans votre rapport, vous affirmez que l'un des principaux rôles du gouvernement fédéral consiste à soutenir la recherche, nous sommes donc de tout cœur avec vous. L'investissement devrait permettre de soutenir la concurrence internationale. Nous pensons qu'il faut miser sur des stratégies et des politiques pour profiter des connaissances générées par l'investissement public comme on ne l'a jamais fait auparavant. Outre l'investissement dans la recherche, on pourrait aussi, à notre avis, voir l'expérience canadienne — l'actif colossal que représente notre système de santé — comme une plate-forme ou une occasion de développement économique.

Le dernier point que je tiens à soulever, et je pense que vous y faites allusion dans votre rapport à propos des disparités régionales, c'est que nous sommes conscients de l'asymétrie qui caractérise le pays et l'Ouest canadien, en particulier le Manitoba et la Saskatchewan, et nous sommes d'accord avec vous pour dire

is not likely the right way to proceed. However, we will recommend strongly that the real innovations will come from taking advantage, in a sense, of natural experiments by various health authorities in various health care settings with a whole series of innovative programs in research and evaluation. My colleague, Dr. Aubrey Tingle, will speak to you about some of the possible priorities and approaches.

Dr. Aubrey Tingle, Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development: Over the last six months, we have developed a process to engage the thought leaders in Western Canada. We have undertaken a series of workshops in each of the Western provinces involving the front-line health service workers, academic leaders, research institute heads, technology-transfer authorities in the universities, industry leaders and public policy leaders.

These workshops posed the challenge of how to approach bringing an industrial strategy to the health care system. The consensus that was developed, and outlined in the deck that you have received, is that the key strategy is the development of a series of managed networks that will focus on particular regions of the health care system. Dr. Foerster will describe how that could be carried out.

It was felt that bringing provinces together to look at and manage networks would achieve critical mass. It is based on a group of interested provinces that are keen to work together, and it really would form a pilot project for evaluation of new strategies for health care delivery and their possible commercial or industrial outcomes. That network was a key. It would be phased in and strategically selected.

The second part of that strategy is the development of some key technologies that underpin the health informatics and bio-informatics areas in particular, and Chuck Laflèche will discuss this further.

The final one is the development — and we heard this clearly from the technology people — of venture capital and other industrial partners. We have to do a better job of seamlessly managing commercial output from our universities, our teaching hospitals, our research institutes and the health care system.

The consensus that came out of this process, with over 300 participants strongly supporting it, was to develop an integrated Western Canadian network targeted at bringing innovation to the health care system and achieving commercial realization of the advantages that that would bring.

I will turn it over to John Foerster to illustrate some of the ways in which this could occur.

Dr. John Foerster, Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development: In support of the previous presentations, I wish to re-emphasize and illustrate how a

qu'un changement structurel massif et soudain ne constitue vraisemblablement pas la bonne solution. Cependant, nous soutiendrons avec vigueur que les véritables innovations proviendront d'une exploitation, en un sens, des expériences naturelles menée par diverses autorités sanitaires dans divers milieux de la santé, dans le cadre de toute une série de programmes novateurs de recherche et d'évaluation. Mon collègue, le Dr Aubrey Tingle, vous dira un mot de certaines des approches et des priorités possibles.

Le Dr Aubrey Tingle, Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development: Au cours des six derniers mois, nous avons élaboré un processus permettant d'obtenir l'engagement des leaders d'opinion de l'Ouest canadien. Nous avons tenu une série d'ateliers dans chacune des provinces de l'Ouest, auxquels ont participé les travailleurs de la santé de première ligne, les chercheurs universitaires de premier plan, les directeurs d'institut de recherche, les responsables du transfert de technologie dans les universités, les chefs de file de l'industrie et les responsables de la politique publique.

Dans le cadre de ces ateliers, on s'est demandé comment assortir le système de santé d'une stratégie industrielle. Le consensus qui s'est dégagé et qui figure dans le document d'information que vous avez reçu, c'est que la principale stratégie consiste à établir une série de réseaux dirigés qui mettront l'accent sur des régions données du réseau de la santé. Le Dr Foerster expliquera comment on pourrait y parvenir.

Les participants se sont dits convaincus que les provinces, en se regroupant pour élaborer et administrer les réseaux, permettraient l'établissement d'une masse critique. L'hypothèse repose sur un groupe de provinces intéressées prêtes à collaborer dans le cadre d'un projet pilote d'évaluation de nouvelles stratégies de prestation des soins de santé et de leurs résultats commerciaux ou industriels éventuels. Ce réseau est la clé. Il serait introduit graduellement et choisi de façon stratégique.

Le deuxième volet de la stratégie a trait à l'établissement de certaines technologies clés qui sous-tendent les domaines de l'informatique de la santé et de la bio-informatique en particulier, et Chuck Laflèche abordera cette question plus en détail.

Le dernier volet a trait au recrutement — et les représentants du monde de la technologie l'ont indiqué clairement — de sociétés de capital-risque et d'autres partenaires industriels. Nous devons faire mieux au chapitre de la gestion intégrée des résultats de nos universités, de nos hôpitaux universitaires, de nos instituts de recherche et de notre système de santé.

Le consensus qui se dégage de tout le processus, avec l'aval de plus de 300 participants, c'est l'établissement d'un réseau intégré pour l'Ouest canadien ayant pour but de favoriser l'innovation dans le système de santé et la réalisation sur le plan commercial des avantages qui en découleraient.

Je cède maintenant la parole à John Foerster, qui illustrera certains des moyens qui pourraient être pris pour arriver à cette fin.

Le Dr John Foerster, Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development: En guise de soutien aux exposés précédents, je tiens à réitérer et à illustrer

consortium of the health authorities, the universities, the research centres, industry and venture capital pools in the four Western provinces could energize many of the initiatives that are included in your preliminary report.

For instance, there is a tremendous emphasis on the restructuring of our health care system, on changes in how care is delivered, including primary care, different payment systems, salary capitation versus fee for service, and many others. Due to political pressures, often very far-reaching changes will be made that are not evidence based. Those of us who are involved in the health care system are always encouraged to make evidence-based patient care decisions. I am afraid that the changes that are often recommended, and acted upon, are not evidence based. They reflect the particular positions of individuals, of groups, of parties and so on. I would submit that Western Canada would be optimally positioned to address many of these issues through research and test comparisons. If we were given a chance to do that, I am sure we could develop a system that would answer many, many of these questions.

The fact that this will take a long time is often raised. We have been engaged in changes to the health care system since the 60s. We have worked for four decades and still are dealing with the same conundrum of decision making that is not appropriately evidence based.

The second item that you addressed is access to technology, which is a hot political issue, yet we need to remind ourselves, especially as physicians, that superior health care or superior health correlates much better with education, with jobs, with income and other measures of social well-being than with access to tertiary care or technology.

The last time I looked, the United States probably had 10 times as many MRIs on a per-capita basis as we do in Canada, and often, this technology offers greater benefits to the providers than to the users. Why not base the need for technology on evidence, rather than on consumerism? I applaud your emphasis on output rather than input on page 7 of your report, and suggest that the West could provide much helpful evidence in this regard. We could explore that later in greater detail.

Third, we are already making contributions in the areas of rural and Aboriginal health that will greatly assist in the delivery of services. For instance, we have engaged in Winnipeg in a major project to digitize radiological information to the point where, in the very near future, we will no longer look at these black and white X-rays on a view box. All of this information, whether it has to do with ordinary X-rays or ultrasound or CTs or MRIs, is going to be digitized. We have developed, in conjunction with the Manitoba telephone system and other industrial partners, a way of transmitting that information relatively cheaply over great distances. Thus, someone working in Thompson or in Churchill or, in fact, in a larger Aboriginal community, could be taking X-rays or ultrasounds and transmitting that information to a radiologist who might even be at home on call. The radiologist

qu'un regroupement des autorités sanitaires, des universités, des centres de recherche, de l'industrie et des fonds de capital-risque dans les quatre provinces de l'Ouest pourraient dynamiser bon nombre d'initiatives figurant dans votre rapport préliminaire.

Par exemple, on accorde une importance remarquable à la restructuration de notre système de santé, à la prestation des soins, y compris les soins primaires, aux divers systèmes de rémunération, à la capitation plutôt qu'à la rémunération à l'acte et à de nombreux autres aspects. En raison des pressions politiques qui s'exercent, on apporte souvent des modifications aux conséquences considérables qui ne s'appuient pas sur des données. Nous, du système de santé, sommes toujours encouragés à prendre des décisions sur les soins aux patients qui soient fondée sur des données. J'ai bien peur qu'il arrive souvent que les modifications recommandées et adoptées ne le soient pas. Elles rendent compte du point de vue de particuliers, de groupes, de partis et ainsi de suite. À mon avis, l'Ouest canadien est idéalement placé pour régler bon nombre de ces problèmes au moyen de la recherche et de tests comparatifs. Si on nous en donne l'occasion, je suis certain que nous parviendrons à mettre au point un système qui répondra à nombre de ces questions.

On affirme souvent qu'une telle démarche prend du temps. Le système de santé subit des modifications depuis les années 60. En dépit du fait que nous y travaillons depuis quatre décennies, nous faisons toujours face au même dilemme, soit à un processus décisionnel non fondé sur des données.

La deuxième question à laquelle vous vous êtes intéressés est l'accès à la technologie, qui constitue un enjeu politique «chaud», et pourtant nous devons nous rappeler, particulièrement en tant que médecins, qu'il existe une corrélation beaucoup plus forte entre des soins de santé ou un état de santé supérieur et l'éducation, l'emploi, le revenu et d'autres mesures du mieux-être social qu'avec l'accès aux soins tertiaires ou à la technologie.

La dernière fois que j'ai consulté les chiffres, les États-Unis avaient probablement dix fois plus d'IRM par habitant que le Canada, et souvent cette technologie procure plus d'avantages aux fournisseurs qu'aux utilisateurs. Pourquoi ne pas fonder les besoins en technologie sur des données plutôt que sur la consommation? Je loue l'accent que vous mettez sur les résultats plutôt que sur les intrants à la page 7 de votre rapport, et j'affirme que l'Ouest pourrait fournir des données très précieuses à ce sujet. Nous pourrions plus tard revenir en détail sur cette question.

Troisièmement, nous apportons déjà des contributions dans les domaines de la santé rurale et de la santé des Autochtones qui seront fort utiles à la prestation de services. Par exemple, nous participons à Winnipeg à un projet majeur visant la numérisation des données radiologiques au point où, dans un très proche avenir, nous ne pourrions plus consulter de rayons X en noir et blanc sur un négatoscope. Toutes ces données, qu'elles aient trait à des rayons X ordinaires, à des échographies, à des tomographies par ordinateur ou à des IRM seront numérisées. Nous avons conçu, en collaboration avec le réseau téléphonique du Manitoba et d'autres partenaires industriels, un moyen de transmettre cette information, à relativement bon compte, sur de grandes distances. Ainsi, une personne qui travaille à Thompson, à Churchill ou dans une grande communauté autochtone pourrait transmettre des rayons X

could view these findings on a computer screen, give an immediate report back, and even direct interventional medicine through the use of this technology. In our view, refinement and extension of services through research and involvement of the private sector holds very much promise.

We also envisage a special emphasis in the Western consortium on health issues specific to Aboriginal peoples, including the high incidence of diseases like diabetes and infectious diseases on the one hand, and the low incidence of other diseases such as Alzheimer's on the other. I might add that the Aboriginal communities are very keen to get involved in the latter. They are excited about the possibility of making a positive contribution to the rest of society, rather than always having their defects and problems categorized and investigated.

Fourth, I would like to address the creation of economic spinoffs and stabilization of health care costs through innovation. Our report indicates that we would like to see the creation of 50 new companies per year that would eventually generate significant economic spinoffs in the West. Some people might say that this is a pipe dream of some sort. I will remind you that in Manitoba, as a result of work at the universities in particular, we have created 13 companies in the last few years, eight of them at St. Boniface General Hospital Research Centre alone. We are a relatively small institution. We have approximately 45 principal investigators and a total staff of about 280. Our current overall budget is only about \$20 million a year.

I will just illustrate this with a few examples. The first one actually comes from an investigator by the name of Dr. Shoo Lee, who is working in British Columbia. He was part of a group that has discovered that health care costs could be significantly reduced in the newborn nursery if mothers who are going to give birth under difficult circumstances were given a one-day dose of steroids. This has resulted in tremendous changes. In fact, it can reduce health care costs in newborn intensive care nurseries by something like 20 per cent.

The problem is instituting changes like that. In a recent review, Dr. Shoo Lee discovered that the institution of these changes, which are already evidence based, across Canada varies between 17 and 75 per cent. Thus we are facing another problem, and that is how to institute changes that have already been recommended on the basis of evidence-based studies.

Let me illustrate, then, a few additional matters having to do with health care costs. For instance, there is the problem of restenosis, wherein when people have their coronary arteries expanded by balloon angioplasty or reconnected through bypass surgery, the chance of these things closing off again is very great. On the balloon angioplasties, if the patient has diabetes, the chance of these arteries clogging up again within a year is almost

ou des résultats d'échographie à un radiologiste qui pourrait tout aussi bien être sur appel à la maison. Le radiologiste pourrait consulter les résultats sur un écran d'ordinateur, soumettre un rapport immédiat et même diriger une intervention à l'aide de cette technologie. À notre avis, le perfectionnement et l'élargissement des services au moyen de la recherche et de la participation du secteur privé sont des plus prometteurs.

Dans le regroupement de l'Ouest canadien, nous envisageons également un intérêt tout particulier pour les questions propres à la santé des Autochtones, y compris la forte prévalence d'affections comme le diabète et les maladies infectieuses, d'une part, et à la faible incidence d'autres maladies comme la maladie d'Alzheimer, d'autre part. J'ajoute que les communautés autochtones sont fort désireuses de s'associer à une telle démarche. Elles attendent avec impatience d'apporter une contribution positive au reste de la société plutôt que de se contenter de voir leurs lacunes et leurs problèmes catégorisés et étudiés.

Quatrièmement, j'aimerais dire un mot de la génération de retombées économiques et de la stabilisation des coûts de la santé grâce à l'innovation. Dans notre rapport, nous indiquons que nous aimerions être témoins de la création de 50 nouvelles sociétés chaque année, lesquelles produiraient tôt ou tard d'importantes retombées économiques dans l'Ouest. Certaines personnes diront qu'il s'agit d'une sorte de rêve chimérique. Je vous rappelle que, au Manitoba, 13 sociétés ont vu le jour au cours des quelques dernières années, grâce en particulier aux travaux effectués par les universités. Huit de ces sociétés se trouvent au seul centre de recherche de l'Hôpital de Saint-Boniface. Nous formons une institution relativement petite. Il y a chez nous environ 45 chercheurs principaux et un effectif total de quelque 280 employés. Notre budget total actuel s'élève à environ 20 millions de dollars par année.

Permettez-moi maintenant d'illustrer mes propos de quelques exemples. Le premier est imputable au Dr Shoo Lee, chercheur qui travaille en Colombie-Britannique. Il a fait partie d'un groupe qui a constaté qu'on pourrait sensiblement réduire les coûts de santé dans les pouponnières si les mères qui vont connaître un accouchement difficile recevaient une dose de stéroïdes de un jour. La mesure a produit des changements extraordinaires. En fait, elle peut entraîner une diminution de quelque 20 p. 100 des coûts de la santé dans les services intensifs des pouponnières.

Le problème a trait à la mise en oeuvre de telles modifications. À l'occasion d'un examen récent, le Dr Shoo Lee a constaté que la mise en place de ces modifications, dont le bien-fondé a déjà été établi à l'aide de données, varie entre 17 et 75 p. 100 dans l'ensemble du Canada. Nous faisons donc face à un autre problème, c'est-à-dire comment inciter des changements déjà recommandés sur la foi d'études fondées sur des données.

Permettez-moi d'illustrer mes propos à l'aide de quelques autres observations liées au coût de la santé. À titre d'exemple, il y a le problème de la resténose: chez les personnes dont on a élargi les artères coronariennes au moyen d'une angioplastie par ballonnet ou dont on a rebranché les artères au moyen d'un pontage, les risques de nouvelle occlusion sont très élevés. Chez les patients atteints de diabète, le risque de nouvelle occlusion des

100 per cent. If you do not have diabetes it is still very substantial, probably 25 per cent per year or maybe even higher. Researchers here in Winnipeg have discovered a substance that, when applied either to the inside or the outside of vessels, in animal studies that are very close to what we encounter in the human situation, completely prevents this process of restenosis. We call this the "Dick Cheney solution." Dick Cheney has already had four or five re-dos, and you can imagine the cost implications of something like this. We have applied for permission to conduct human studies in phase-one trials, and if it holds true, I think it will bring about major savings in health care costs.

The Chairman: I am concerned about the time because I want to make sure that we have time to ask questions.

Dr. Foerster: Let me just close with one additional example, the treatment of diabetes. One of our researchers has discovered a substance, a plant product that, both in type 1 and type 2 diabetes, has the capacity to normalize blood sugars in animal systems for a long period of time. This is a single pill taken at 3-week to 15-week intervals. Again, if this were put into clinical practice, after the additional studies and so on, it would generate tremendous savings in health care costs. We could bring other information to bear on this, but I will stop here.

Mr. Chuck Laflèche, Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development: You all have a copy of my presentation. I will go through it quickly because I know we are short on time.

I think it is a microcosm of not only what Dr. Friesen's task force is trying to accomplish from an economic development perspective, but it also relates to the message in chapter 10, Volume Four of your report that speaks to what we need to do from an IT perspective in terms of delivering health care.

This is in its infancy, we are a month away from finalizing the costs and the potential funders, but what we are proposing is a private-public partnership that involves four Western Canadian IT companies. These companies are: Sierra from Victoria, which is probably well-known from a health care consulting perspective; Momentum Healthcare, here in Winnipeg; and, Fifth Dimension and IW Technologies, both based in Edmonton.

On page two of your handout, you will see an analysis of the current situation from an IT perspective. It outlines recent developments such as the CIHR roadmap, the National Health infrastructure blueprint that was agreed to by the Council of Deputy Ministers, and finally the EHR — the electronic health record for the delivery of health care, and in spring of 2001, the \$500 million commitment with the establishment of the health infoway.

artères est, après une année, de près de 100 p. 100. Chez les personnes qui n'ont pas le diabète, les risques demeurent très considérables. Ils se chiffrent probablement à 25 p. 100 par année ou même un peu plus. Des chercheurs de Winnipeg ont constaté, dans le cadre d'études sur les animaux dont la constitution se rapproche de très près de celle des humains, que l'application d'une substance, à l'intérieur ou à l'extérieur des vaisseaux sanguins, prévient entièrement le processus de resténose. C'est ce que nous appelons la solution «Dick Cheney». Dick Cheney a déjà subi quatre ou cinq interventions, et on imagine sans peine les coûts. Nous avons demandé la permission de procéder à des études sur les humains dans le cadre d'une première phase d'essais. Si l'hypothèse se vérifie, je crois que nous pourrions réaliser d'importantes économies au titre des coûts de la santé.

Le président: Je m'inquiète du temps parce que je tiens à ce que nous puissions poser des questions.

Le Dr Foerster: Permettez-moi de conclure sur un autre exemple, le traitement du diabète. Un de nos chercheurs a découvert une substance, un produit végétal qui, relativement aux diabètes de type 1 et de type 2, a la capacité de normaliser la glycémie dans les organismes animaux pour une période prolongée. Il s'agit d'une seule pilule prise à intervalles de trois à 15 semaines. Si, une fois les études additionnelles terminées, le médicament était intégré à la pratique clinique, le système de santé réaliserait d'énormes économies. Nous pourrions citer d'autres cas du genre, mais je vais en rester là.

M. Chuck Laflèche, Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development: Vous avez tous reçu un exemplaire de mon exposé. Je vais le passer rapidement en revue parce que je sais que le temps nous presse.

On a affaire à un microcosme non seulement de ce que le groupe de travail du Dr Friesen tente de faire du point de vue du développement économique, mais aussi du message qui figure au chapitre 10 du volume 4 de votre rapport, qui porte sur ce que nous devons faire, du point de vue de la TI, dans le domaine de la prestation des soins de santé.

Nous en sommes au stade embryonnaire et à un mois de l'établissement définitif des coûts et des bailleurs de fonds éventuels, mais nous proposons un partenariat entre les secteurs privé et public dont font partie quatre sociétés de TI de l'Ouest canadien, à savoir la société Sierra de Victoria, sans doute bien connue à titre de firme d'experts-conseils dans le domaine de la santé, Momentum Healthcare, d'ici à Winnipeg, Fifth Dimension et IW Technologies, deux entreprises dont le siège social se trouve à Edmonton.

À la page 2 de votre document, vous trouverez une analyse de la situation actuelle du point de vue de la TI. On y présente des faits nouveaux récents, par exemple le Carnet de route des IRSC, le plan de l'infrastructure nationale de la santé convenu par le Conseil des sous-ministres, et enfin le dossier de santé électronique (DES) aux fins de la prestation des soins de santé. Enfin, il y a eu, au printemps 2001, 500 millions de dollars promis pour l'établissement de l'infrastructure de la santé.

The electronic health record is essentially a patient-based health record that we think is the fundamental cornerstone in terms of accessing data and producing evidence-based material.

On pages four and five, we provide a motherhood statement on what are we trying to accomplish. In chapter 10 of your report, you mention that the half billion dollars is only a start. Some people have said it will cost \$5 billion to \$6 billion to produce what you are seeing here. You can see the before and after pictures here and it shows that we have a way to go. We are recommending a very small slice of this figure.

If you turn to page seven of the presentation, you will see an overview of what we consider continuing care. It is a dangerous term, but we view it as long-term care, home care, some post-acute care as well, and rehabilitation.

On page 8, we state why we think it is important. The impact that the aging population will have on this sector is obviously very large. Currently the population over age 65 accounts for about 45 per cent of hospital patient days and it is estimated that this figure will double by 2021. Obviously it should be important for policy-makers and for funders.

On page 9 — because this is a Western Canadian initiative and we are working alongside Western Diversification — there is a microcosm of what is continuing care in the west. It includes 770 continuing care facilities, 400 home care authorities, and roughly 20 per cent of regional spending, which is probably representative of the national figure. The current situation is no different than what is stated in your report. There is little information to support decision-making and little accountability for those decisions. There are a lot of stovepipe systems out there, with very little integration between the systems. I do not think that is new to anybody.

On page 11, we have set out our proposed solution. We are proposing a Pan Western initiative that would fully automate this segment of the health care market.

Page 12, again, one of our people uses the term “blazingly slow.” If we do not have this type of system, if we do not have the buy-in from the funders and from the parties, it will be blazingly slow, because, frankly, it is not happening fast enough. As a company, we have attracted \$20 million in Manitoba investment. Our projected sales are two or three years behind because the system is just not happening fast enough, even though everybody wants to automate.

We have provided an overview of the project on page 13. The Western Canada Continuing Care Electronic Health Record, WCCCEHR is a multi-jurisdictional project focussed on the

Le dossier de santé électronique est essentiellement un dossier médical de patients qui, croyons-nous, est la pierre d'angle essentielle à l'accessibilité des données et à la production de documents fondés sur des données.

Aux pages quatre et cinq, on trouve une déclaration faisant l'unanimité sur ce que nous tentons d'accomplir. Au chapitre 10 de votre rapport, vous précisez que la somme d'un demi-milliard de dollars ne constitue qu'un point de départ. Certains ont laissé entendre que la mise en place de ce que vous proposez coûterait de 5 à 6 milliards de dollars. On voit ici l'«avant» et «après». Nous avons donc du chemin à parcourir. Ce que nous recommandons correspond à une toute petite partie de cette somme.

Si vous passez à la page 7 de l'exposé, vous trouverez un aperçu de ce que nous considérons comme des soins continus. Il s'agit d'une expression dangereuse, mais nous considérons que les soins de longue durée, les soins à domicile, certains soins actifs et la réadaptation en font partie.

À la page 8, nous expliquons pourquoi, à notre avis, cela est important. L'impact que le vieillissement de la population aura sur ce secteur est de toute évidence très important. À l'heure actuelle, les personnes âgées de plus de 65 ans comptent pour environ 45 p. 100 des jours-patients à l'hôpital, et on estime que la proportion sera supérieure en 2021. De toute évidence, il s'agit là d'éléments importants pour les décideurs et les bailleurs de fonds.

À la page 9 — parce qu'il s'agit d'une initiative pour l'Ouest canadien et que nous travaillons de concert avec Diversification de l'économie de l'Ouest Canada — on trouve un microcosme de ce que sont les soins continus dans l'Ouest, soit 770 établissements de soins continus, 400 centres de soins à domicile et environ 20 p. 100 des dépenses régionales, ce qui correspond probablement aux chiffres nationaux. La situation actuelle ne diffère pas de ce qu'on trouve dans votre rapport. On dispose de peu d'informations pour soutenir la prise de décisions, et la reddition de comptes à l'égard de ces décisions est limitée. On a ici affaire à de nombreux silos, et les systèmes sont fort peu intégrés. Je n'apprends rien à personne.

À la page 11, nous avons présenté la solution que nous préconisons. Nous proposons une initiative qui, appliquée dans l'ensemble de l'Ouest, aurait pour effet d'automatiser entièrement ce segment du marché des soins de santé.

À la page 12, une fois de plus, un de nos membres utilise l'expression «lenteur foudroyante». Si nous ne pouvons pas miser sur ce type de système ni sur l'adhésion des bailleurs de fonds et des parties, tout sera d'une lenteur foudroyante parce que, franchement, les choses n'évoluent pas assez rapidement. À titre d'entreprise, nous avons attiré 20 millions de dollars en investissements au Manitoba. Nos ventes projetées accusent un retard de deux ou trois ans parce que le système ne se déploie tout simplement pas assez rapidement, même si l'automatisation est souhaitée par tous.

À la page 13, nous avons fourni un aperçu du projet. Le dossier de santé électronique pour les soins continus de l'Ouest canadien est un projet auquel participent de multiples administrations

development of an electronic health record in the continuing care sector in the west.

Page 14 is just a graphical overview. What does this mean? This is access in the system with handheld devices. Mention was made, I believe by Senator Pépin, regarding the pressure on nurses to deliver care and lack of time. We think the use of systems like this can free them up to give better care.

You may have heard of the MDS Assessment System sweeping the country. We are doing pilots in Nova Scotia, and B.C.; we sold one in Saskatchewan. We would recommend it at the front end to properly assess people for home care or long-term care. We also recommend a fully automated clinical system under the hood that will drive quality indicators, things like use of restraints, use of drugs, drug interactions.

This assessment tool is in 26 countries. We are the first company in the world to develop the home care assessment tool with these researchers. We are working with the Government of England through a related company and we are getting a lot of interest in the U.S. as well. We have not announced this publicly because we are in the final negotiations, but we have been selected by Extendicare in the U.S. — a 169-facility chain for our system, and we went up against 50 vendors. So there is an example of what Dr. Friesen is talking about. When you invest 20 million Canadian dollars and you can then go and beat out 49 U.S. vendors, it is very gratifying.

On page 15, there is an explanation of what we will get. We would get 770 long-term care facilities fully automated, with 2,279 home care assessment workers using fully automated handheld devices and common tools to assess people and move them through the system.

We show the benefits on page 16. Among other things, this system will improve equity of access to the continuing care sector, strengthen case coordination, support management and continuing care sectors, and provide standardization. It would provide a model for Canada.

On page 17, we explain how it would accelerate the implementation of a comprehensive electronic health record in Canada. The number \$6 billion was brought out. We think we can do this for less than \$100 million.

To accomplish this, it will take leadership and commitment. We are currently determining the qualitative and quantitative costs and

mettant l'accent sur l'établissement d'un dossier de santé électronique dans le secteur des soins continus de l'Ouest.

La page 14 ne constitue qu'un aperçu graphique. Qu'est-ce que cela signifie? Il s'agit ici de l'accès au système au moyen d'appareils tenus à la main. C'est le sénateur Pépin, je crois, qui a fait allusion aux pressions qui s'exercent sur les infirmières au chapitre de la prestation de soins et du fait qu'elles manquent de temps. Nous pensons que le recours à des appareils de ce type pourrait alléger leur charge de travail et leur permettre d'assurer des soins de meilleure qualité.

Vous avez peut-être entendu parler de la vague du système d'évaluation de MDS qui déferle sur le pays. Nous menons des projets pilotes en Nouvelle-Écosse et en Colombie-Britannique. Nous avons vendu un système à la Saskatchewan. Nous recommanderions son utilisation en amont comme moyen d'évaluer adéquatement les candidats à des soins à domicile ou à des soins de longue durée. Nous recommandons également un système clinique entièrement automatisé qui influera sur les indicateurs de qualité, des éléments comme l'utilisation de contentions, l'utilisation de médicaments et les interactions médicamenteuses.

On trouve cet outil d'évaluation dans 26 pays. Nous sommes la première entreprise au monde à mettre au point l'outil d'évaluation des soins à domicile avec les chercheurs concernés. Par l'entremise d'une société connexe, nous travaillons en collaboration avec le gouvernement de l'Angleterre, et nos travaux suscitent également beaucoup d'intérêt aux États-Unis. Nous ne l'avons pas encore annoncé publiquement parce que nous en sommes au stade des négociations finales, mais nous avons été sélectionnés par Extendicare aux États-Unis — chaîne de 169 établissements pour notre système, parmi 50 fournisseurs possibles. Voilà donc un exemple de ce qu'a dit le Dr Friesen. Il est très gratifiant de damer le pion à 49 fournisseurs américains grâce à un investissement de 20 millions de dollars canadiens.

À la page 15, on explique ce que nous allons obtenir, soit 770 établissements de soins de longue durée entièrement automatisés comptant 2 279 préposés à l'évaluation des candidats à des soins à domicile au moyen d'appareils tenus à la main entièrement automatisés et d'outils communs permettant d'évaluer les intéressés et de les faire cheminer dans le système.

À la page 16, on trouve une illustration des résultats. Entre autres choses, le système permettra d'améliorer l'équité de l'accès au secteur des soins continus, de renforcer la coordination des cas, de soutenir la gestion et les secteurs offrant des soins continus en plus d'assurer l'uniformisation. Le Canada bénéficiera ainsi d'un modèle.

À la page 17, nous expliquons comment le système permettra d'accélérer la mise en oeuvre d'un dossier de santé électronique complet au Canada. On a avancé un chiffre de 6 milliards de dollars. Nous pensons que la mesure coûterait moins de 100 millions de dollars.

Pour y parvenir, nous devons miser sur le leadership et l'engagement. Nous en sommes actuellement à la détermination

benefits of delivering this initiative and the potential sources of funding.

Finally, on page 20, we show the connection between what your committee is doing and what Dr. Friesen is doing. This would establish a Western Canadian continuing care-managed network that will improve service delivery and measure the improvement in health outcomes. This system would provide the infrastructure required to greatly improve evidence-based decision-making, which is important for service providers, funders, policy makers and researchers. With the involvement of the four Western Canadian companies, the initiative is a very strong economic development driver. Thanks for your time.

The Chairman: I have a couple of questions for clarification. Is the Western Canada CCEHR an actual pilot project, is it an idea, or is it at the other extreme, moving ahead to full implementation?

Mr. Laflèche: It is somewhere between. We are formally presenting to Western Diversification a proposal within about a month.

The Chairman: Presenting to whom?

Mr. Laflèche: To Western Diversification, the plan is we are getting buy-in from the four provinces and we will then make a formal request to the federal government.

The Chairman: Dr. Friesen, is this Continuing Care EHR part of your proposal, or effectively an illustrative example of the kind of thing that can be done?

Dr. Friesen: It is the latter. It is a splendid example, and that is why we invited Mr. Laflèche here.

The Chairman: I have two specific questions. Your proposal, as I read it, asks that Western Diversification put in the order of \$265 million up front, and that the provinces would make a contribution — a bit of cash — but largely R&D tax credits and other tax changes. As you indicate in your chart, there would then be a series of cash flows from increased economic activity back to the governments.

Have you had discussions about your proposal either with the federal government and/or any of the provinces that you can actually talk about? I realize you may be having confidential discussions with them.

Dr. Friesen: We certainly have had discussions with federal officials, as we have with you, indicating the scope and nature of the idea and to elicit a response, a reaction to it. As Dr. Tingle pointed out, as part of the initial process, the provincial ministries of health and economic development were all invited and participated to varying degrees. The economic development

des coûts et des avantages qualitatifs et quantitatifs de la réalisation de l'initiative, sans oublier les sources possibles de financement.

Enfin, à la page 20, nous montrons le lien entre les travaux de votre comité et ceux du Dr Friesen. On établirait ainsi un réseau intégré de soins continus dans l'Ouest canadien, lequel se traduira par une amélioration de la prestation de services et permettra de mesurer l'amélioration des résultats pour la santé. Grâce au système, on disposerait de l'infrastructure nécessaire pour améliorer considérablement la prise de décisions fondée sur des données, facteur important pour les fournisseurs de service, les bailleurs de fonds, les décideurs et les chercheurs. Avec la participation des quatre entreprises de l'Ouest canadien, l'initiative constitue un très puissant outil de développement économique. Merci de votre temps.

Le président: J'aimerais demander deux ou trois éclaircissements. Le dossier de santé électronique pour les soins continus dans l'Ouest canadien est-il un projet pilote, une simple idée ou, à l'autre extrême, une initiative en cours de mise en oeuvre?

M. Laflèche: Un peu de tout cela. Nous présenterons d'ici environ un mois un projet officiel à Diversification de l'économie de l'Ouest Canada.

Le président: À qui le présenterez-vous?

M. Laflèche: À Diversification de l'économie de l'Ouest Canada. L'intention est d'obtenir l'adhésion des quatre provinces, puis nous présenterons une demande officielle au gouvernement fédéral.

Le président: Docteur Friesen, le dossier de santé électronique pour les soins continus fait-il partie de votre proposition, ou s'agit-il d'un exemple éloquent du genre de projet qui pourrait être réalisé?

Le Dr Friesen: C'est la deuxième possibilité qui est la bonne. Il s'agit d'un exemple magnifique, et c'est pourquoi nous avons invité M. Laflèche.

Le président: Je veux poser deux questions précises. Dans votre proposition, telle que je l'interprète, vous invitez Diversification de l'économie de l'Ouest Canada à investir d'entrée de jeu une somme de quelque 265 millions de dollars, les provinces étant appelées à faire une contribution — un peu d'argent, mais surtout des crédits d'impôt pour la recherche et le développement et d'autres changements fiscaux. Comme le montre votre graphique, les gouvernements récupéreraient des fonds grâce à la recrudescence de l'activité économique.

Avez-vous eu avec le gouvernement fédéral ou les gouvernements provinciaux des pourparlers dont vous pouvez nous entretenir? Je comprends que vous avez pu avoir avec eux des discussions confidentielles.

Le Dr Friesen: Nous avons eu des pourparlers avec des fonctionnaires fédéraux comme nous en avons eu avec vous, lesquels ont porté sur l'étendue et la nature de l'idée. Ces discussions avaient pour but d'obtenir une réponse, une réaction au projet. Comme le Dr Tingle l'a mentionné, on a, dans le cadre du processus initial, invité tous les ministères provinciaux

departments participated quite fulsomely, the health departments less so. This reinforces the point that it is not good public policy to see the health and economic policy developments, thrusts and perspectives so often being at polar opposites on the same issue. In the end it is not beneficial to the Canadian development, either for health or for economic policy.

I believe there is general endorsement of the validity of the idea. There is surprise, as I observed in some of the responses to my mention of Pabulum, that it is the last great Canadian product that is out there on the market? That is a bit of an embarrassment, if it is so. Quite clearly, there are other molecules and developments, but none that are selling around the world and immediately recognized like Coca Cola. It is just not there.

Perhaps, I can invite Dr. Tingle to talk about the provincial response because he has been closer to that.

Dr. Tingle: In private discussions it has been very clear is that the health service ministries are so consumed with day-to-day crisis intervention that the ability to plan ahead has not been part of their ongoing activities. The notion of linking the health services side with the industry side has not even entered their lexicon. To illustrate my point, I recall a discussion with one provincial deputy health minister. I asked who the deputy minister for industry was. He was unfamiliar with the name of the individual. The strategic approach that we are taking is to work with Western Diversification as the lead investor to develop the managed network proposals, and then involve the provinces directly by using the provincial health care facilities in a combined fashion as a pilot initiative.

The Chairman: In one of the handouts that you gave us, Dr. Friesen, one of the costs that you had to the four Western Provinces, you have labelled relaxed reference pricing in formularies. Since a lot of the discussion we have had around our table would move to what I would call "tighter" reference pricing in formularies, can you explain what you mean by that?

Dr. Friesen: The point is that health and economic policies need to be more tightly integrated. If you look at simply the cost of drugs as a sole indicator as the input, we are saying we should look at the variety of outputs as well. If, in fact, some of the more innovative drugs are more cost effective, then although the initial price may appear high, if patients in fact no longer need to be hospitalized or require less medical attention over the shorter and longer terms, the cost benefit may be in favour of that more

responsables de la santé et du développement économique, et ils ont participé à des degrés divers. Les ministères chargés du développement économique ont participé plutôt massivement, au contraire des ministères responsables de la santé, qui se sont montrés plus tièdes. Voilà qui confirme le point de vue selon lequel le fait que les avancées, les fils conducteurs et les points de vue relatifs à la santé et à la politique économique se retrouvent aux deux extrémités du même enjeu ne constitue pas une bonne politique gouvernementale. Au bout du compte, ce n'est pas avantageux pour le développement au Canada, ni dans le domaine de la santé ni dans celui de la politique économique.

Je pense que la validité de l'idée bénéficie de l'appui de tous. Selon certaines des réactions que j'ai observées à la suite de mon allusion au Pabulum, on s'étonne qu'il s'agisse du dernier important produit canadien à être présent sur le marché. Le cas échéant, c'est un peu gênant. De toute évidence, il y a d'autres molécules et d'autres percées, mais aucune n'est vendue dans le monde entier et ne bénéficie de la reconnaissance immédiate du type de celle dont s'enorgueillit Coca-Cola. Ce n'est tout simplement pas la réalité.

Peut-être pourrais-je inviter le Dr Tingle à dire un mot de la réaction de la province parce qu'il a été mêlé de plus près à ce dossier.

Le Dr Tingle: Dans le cadre de pourparlers privés, il est ressorti très clairement que les ministères responsables de la santé sont si accaparés par les interventions d'urgence quotidienne que la planification ne fait tout simplement pas partie de leurs activités courantes. L'idée d'associer les services de santé au monde industriel ne fait pas partie de leur vocabulaire. À titre d'exemple, je me souviens d'une discussion que j'ai eue avec un sous-ministre provincial de la santé. Je lui ai demandé qui était le sous-ministre de l'industrie. Il ne connaissait pas le nom de la personne. L'approche stratégique que nous adoptons consiste à collaborer avec Diversification de l'économie de l'Ouest à titre d'investisseur principal pour élaborer des propositions relatives à des réseaux intégrés, après quoi nous miserons sur la participation directe des provinces en utilisant les établissements de santé provinciaux de façon combinée, dans le cadre d'une initiative pilote.

Le président: Dans l'un des documents que vous nous avez remis, docteur Friesen, vous faites allusion, parmi les coûts pour les quatre provinces de l'Ouest, à l'établissement plus souple de prix pour les formulaires. Comme bon nombre de discussions que nous avons eues autour de la table ont porté sur ce que j'appellerais l'établissement plus «serré» de prix pour les formulaires, pouvez-vous nous préciser ce que vous entendez par là?

Le Dr Friesen: Ce qu'il y a, c'est qu'on doit intégrer de plus près les politiques relatives à la santé et à l'économie. Si on considère le coût des médicaments à titre de seul intrant, nous disons que nous devrions tenir compte aussi de divers résultats. Si, en fait, certains médicaments novateurs sont plus rentables, le rapport coûts-avantages pourra être en faveur de ce médicament novateur plus coûteux même si son prix de départ paraît élevé, à condition que l'on ne doive plus hospitaliser les patients ou que

expensive innovative drug. If the analysis focusses simply on the cost of drugs, that is ineffective.

The Chairman: I am glad I asked you the question because that is not the way I read that one line.

Dr. Friesen: In looking at the overall drug policy for the country, it is important to recognize whatever changes are made, if we want the multinational pharmaceutical industries to look upon Canada as an attractive place to invest, the business climate and the economic opportunities must be available to them. Any discussions on drug pricing must look at the opportunity for eliciting — and ultimately gaining — substantially more R&D investment in this country. We are not getting our fair share from the multinationals. I think there is a quid pro quo argument that could be made for greater investment, provided that the business environment is right.

Senator Morin: I would also like to thank my good friend, Dr. Friesen, for coming. In addition to all of these awards, I should also say that he has an honorary degree from my own university, Laval University. I also thank him for his eloquent remarks in relation to health and economics, because I think that important point is not well enough recognized.

Dr. Foerster also made a very important statement in relation to the dangers of having changes to our health care delivery system that are not evidence based. Surprisingly, this is as true for academics as it is for politicians: Everybody seems to look at this from an ideological point of view, including the academics in the field.

Mr. Laflèche has dealt extensively with the information system. That is a very important issue. The American Institute of Medicine has just published *Crossing the Quality Chasm*, a book on the quality of health care. One of their recommendations is the elimination of handwritten clinical data by the end of the decade. In stating that, they also say that we should not underestimate the difficulties of applying health information systems to health care. They say it is costly, difficult, and there will be much resistance to it. I was interested to see that the \$6 billion comes from CIHI. I am surprised to see that you could bring it down. Was it \$250 million?

Mr. Laflèche: This is only for our piece of it.

Senator Morin: That is only for Western Canada?

Mr. Laflèche: Exactly.

Senator Morin: Before I pass to a question to Dr. Friesen, I would like Mr. Laflèche to tell us what system was actually sold to the American corporation?

ces derniers aient moins besoin d'attention médicale à court et à long termes. L'analyse, si elle se centre uniquement sur le coût des médicaments, est inefficace.

Le président: Je suis heureux de vous avoir posé la question parce que ce n'est pas du tout ce que j'avais compris.

Le Dr Friesen: À l'examen de la politique nationale sur les médicaments, on doit impérativement comprendre les modifications apportées. Ce n'est qu'ainsi que les multinationales de l'industrie pharmaceutique considéreront le Canada comme un pays propice à l'investissement. Il faut leur proposer un climat commercial favorable et des débouchés. Dans le cadre de toute discussion sur l'établissement du prix des médicaments, on doit tenir compte de la possibilité de solliciter — et, en dernière analyse, d'obtenir — des investissements nettement plus importants au pays dans le domaine de la R-D. Nous n'obtenons pas notre juste part des multinationales. Pour peu que le climat commercial soit favorable, je pense qu'on pourrait exiger des investissements accrus au nom de l'argument de la réciprocité.

Le sénateur Morin: Je tenais moi aussi à remercier mon bon ami, le Dr Friesen, d'être venu. Outre les prix dont il a été fait mention, je profite de l'occasion pour souligner qu'il est titulaire d'un doctorat honorifique de mon alma mater, l'Université Laval. Je le remercie également des propos éloquentes qu'il a tenus au sujet de la santé et de l'économie, sujet important qui, à mon avis, n'est pas toujours bien compris.

Le Dr Foerster a fait une déclaration très importante au sujet des dangers que représentent les modifications de notre système de santé non fondées sur des données. Fait surprenant, le même raisonnement s'applique aux chercheurs et aux politiciens: chacun semble examiner la situation d'un point de vue idéologique, y compris les chercheurs du domaine.

M. Laflèche s'est intéressé en détail au système d'information. Il s'agit d'un enjeu très important. L'American Institute of Medicine vient tout juste de publier *Crossing the Quality Chasm*, ouvrage portant sur la qualité des soins de santé. L'une des recommandations des auteurs consiste à éliminer les données cliniques écrites à la main d'ici la fin de la décennie. Cela dit, ils ont également affirmé qu'on ne doit pas sous-estimer les difficultés que représente l'utilisation des systèmes d'information sur la santé dans le domaine des soins. Ils ont affirmé que la démarche serait coûteuse et difficile. En outre, elle suscitera beaucoup de réticence. J'ai été intéressé d'apprendre que le chiffre de 6 milliards de dollars avait été avancé par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). J'ai été surpris de voir que vous pouviez le réduire. Avez-vous bien dit 250 millions de dollars?

M. Laflèche: Ce n'était que pour la portion qui nous concerne.

Le sénateur Morin: Uniquement pour l'Ouest canadien?

M. Laflèche: Exactement.

Le sénateur Morin: Avant de poser une question au Dr Friesen, j'aimerais que M. Laflèche nous dise quel système a effectivement été vendu à la société américaine?

Mr. Laflèche: It was an MBS assessment tool that is being used in the 50 States and in 18,000 nursing homes, and a clinical tool, an electronic chart, a paperless chart.

Senator Morin: I had the opportunity, Dr. Friesen, of reading the report. I think the full report deals, of course, with a number of managed networks and clusters of centres of excellence that would be dealing with the research, and there is a large sector on commercialization. My question deals also with what Senator Kirby has suggested. You have a statement here under commercialization that intrigued me: "Put the bio-pharmaceutical industry on a level regulatory playing field," and later you say there are regulatory barriers.

What specifically did you have in mind? There is much talk about increasing the regulation of the drug industry. You have read the premier's press release from St. John's two weeks ago where, far from removing the barriers, they want to increase them. What exactly do you have in mind here?

Dr. Friesen: Some of the regulatory machinery to address particularly developments in biotechnology and bioengineering are really from another era. When you look at the variety of products that are in the pipeline for assessment, you ask, "is a machinery for efficient, speedy, timely approval available in Canada compared to other jurisdictions?" That is one issue. This is an important issue, because that will determine to some degree where some of the clinical trial studies will take place. If, in fact, there are barriers in Canada relative to other jurisdictions — U.K. as an example — where phase one clinical trials essentially can be done within a 24-hour approval process compared with Canada where it is a month or two. Is that the sort of barrier to which we are referring?

In terms of the patenting regime, are we current? Do we in fact have a patenting regime that is comparable to other industrialized countries, to make sure that our intellectual property protection is equivalent?

We want to ensure that the business and the commercialization opportunities are on a level playing field, so that in the global economy in which we compete, Canada has an equal and a fair opportunity to make its case.

Senator Morin: Am I correct in saying that you are in favour of a more favourable environment for the bio-pharmaceutical industry as a leverage for health research and development?

Dr. Friesen: Yes, that is correct.

Senator Morin: From my view, that is a very important statement, Mr. Chairman.

The Chairman: Just to expand slightly on that point, you are in favour of it not only as a driver for research, but the key point of your document is a driver ultimately for the creation of spin-off

M. Laflèche: Il s'agit d'un outil d'évaluation de MBS en cours d'utilisation dans les 50 États et dans 18 000 établissements de soins infirmiers de même que d'un outil clinique, un tableau électronique, sans support papier.

Le sénateur Morin: Docteur Friesen, j'ai eu l'occasion de lire le rapport. Je pense que le rapport complet porte naturellement sur un certain nombre de réseaux et de regroupements de centres d'excellence intégrés qui s'occuperaient de la recherche, il y a aussi un important secteur axé sur la commercialisation. Ma question porte également sur ce qu'a laissé entendre le sénateur Kirby. Sous la rubrique consacrée à la commercialisation, on retrouve une déclaration qui a piqué ma curiosité: «Établir des règles du jeu égales pour l'industrie biopharmaceutique. Plus loin, vous faites référence à des obstacles réglementaires.

À quoi pensiez-vous exactement? Le resserrement de la réglementation qui s'applique à l'industrie pharmaceutique fait couler beaucoup d'encre. Vous avez lu le communiqué du premier ministre qui a été publié à St. John's il y a deux semaines. Loin de préconiser la suppression des obstacles, on veut au contraire les accroître. À quoi exactement pensez-vous ici?

Le Dr Friesen: Une partie de l'appareil réglementaire portant en particulier sur les percées dans les domaines de la biotechnologie et du génie biologique date d'une époque révolue. Lorsqu'on considère la diversité de produits à évaluer, on se demande: «Cet appareil favorise-t-il une approbation efficiente, rapide et opportune au Canada par rapport à ce qui se fait dans d'autres administrations?» Il s'agit d'un premier problème. L'enjeu est de taille dans la mesure où, jusqu'à un certain point, il a une incidence sur l'endroit où se dérouleront certains essais cliniques. Si, en fait, il y a des obstacles au Canada par rapport à d'autres administrations — le Royaume-Uni par exemple — là, la phase 1 des essais cliniques peut essentiellement se faire dans le cadre d'une procédure d'approbation de 24 heures, comparativement au Canada où elle est d'un mois ou deux. Est-ce là le genre d'obstacle auquel nous faisons référence?

En ce qui concerne le régime de brevets, sommes-nous à jour? Disposons-nous en réalité d'un régime de brevets qui se compare à celui d'autres pays industrialisés qui nous permette d'assurer une protection équivalente de la propriété intellectuelle?

Nous tenons à ce que les possibilités d'affaires et de commercialisation bénéficient de règles du jeu égales, de façon que, au sein de l'économie mondiale dans laquelle il doit soutenir la concurrence, le Canada bénéficie d'une occasion égale et équitable de se faire valoir.

Le sénateur Morin: Ai-je raison de penser que vous êtes en faveur d'un climat plus propice à l'industrie biopharmaceutique en tant que mécanisme de levier pour la recherche et le développement en santé?

Le Dr Friesen: Oui, c'est exact.

Le sénateur Morin: À mon avis, c'est là, monsieur le président, une déclaration très importante.

Le président: Pour étoffer quelque peu ce point, je crois comprendre que vous êtes en faveur de ce mécanisme non seulement en tant que moteur de la recherche, mais le point

private sector operations that in turn ultimately become employers? It is not research for research's sake — not that that is a bad thing — but it is research with an ultimate economic development focus?

Dr. Friesen: Yes, and improved health care delivery. Perhaps Dr. Tingle will speak to that issue. I think it is clear that individuals who are part of protocol management, as part of a managed network, have in the end a superior health care system available to them.

Dr. Tingle: I would like to expand on the example that Dr. Foerster talked about — that is a model that Dr. Shoo Lee has done. Dr. Shoo Lee is a pediatrician from Singapore originally, who did a Ph.D. in Health Economics at Harvard. When he came back to Canada, he set up a network of all of the neonatal intensive care units in Canada on a single database system.

The Chairman: Country-wide?

Dr. Tingle: Country wide in this example. With this network, he can now look at every neonatal centre in Canada and look at their outcomes relative to each other. He can look at predictive values for looking at cost effectiveness of outcomes. He has been approached to join the insurance industry and reinsurance industries in the United States, because they are looking at the cost effectiveness of care and risk that they assume in taking a small premature infant on as a health insurance risk. So he has spun out two companies that are looking at marketing the capacity of making decisions in the neonatal intensive care network for Canada.

He did this with an initial \$1-million operating grant, and has had great difficulty in funding it because this is no longer classical research. He is addressing questions such as "How do we improve the health care system?" "How do we do cost benefit analysis in the health care system?" "How do we do quality improvement at each of the partner institutions that have a neonatal intensive care unit?"

The Chairman: When someone wants to pursue an idea that has gone beyond basic research into the application and implementation end go in this country, where would he go? As I inferred from what you said, Dr. Tingle, that kind of study does not meet the tests of the classical old research councils or the CIHR. Where do you go for that?

Dr. Tingle: We have already lost half of our team from this unit to the United States. We have highlighted it as a key part of the strategy, because we feel that it is a missing part of the Canadian framework.

The Chairman: I assume that the missing part, as you call it, is not unique to this particular study, the problem is that there is a gap in funding efforts. If this was a private sector you would call it "venture capital," but it is the gap between taking the output of primary research, basic research, and actually implementing it?

central de votre document est un moteur qui, en dernière analyse, favorise la création de sociétés privées dérivées qui, à leur tour, deviendront des employeurs. Ce n'est pas de la recherche pour la recherche — non pas que ce soit une mauvaise chose —, mais bien plutôt de la recherche axée, en dernière analyse, sur le développement économique.

Le Dr Friesen: Oui, et une prestation de soins de santé améliorée. Peut-être le Dr Tingle dira-t-il un mot à ce sujet. Je pense qu'il est certain que les particuliers associés à la gestion de protocoles, dans le cadre d'un réseau intégré, disposent au bout du compte d'un système de santé de qualité supérieure.

Le Dr Tingle: J'aimerais revenir sur l'exemple évoqué par le Dr Foerster — c'est-à-dire un modèle élaboré par le Dr Shoo Lee. Le Dr Shoo Lee est un pédiatre originaire de Singapour, qui a fait un doctorat en économie de la santé à Harvard. À son retour au Canada, il a constitué un réseau de toutes les unités de soins intensifs néonataux du Canada, unies par une seule et même base de données.

Le président: Dans l'ensemble du pays?

Le Dr Tingle: Dans ce cas, oui. Dans le cadre de ce réseau, il peut étudier tous les centres néonataux du Canada et comparer les résultats des uns et des autres. Il peut examiner les valeurs prédictives pour se pencher sur l'efficacité des résultats. Il a reçu des propositions de la part de l'industrie de l'assurance et de la réassurance des États-Unis, ces entreprises s'intéressant à l'efficacité des soins et aux risques qu'elles courent en protégeant des bébés prématurés. Il a donc créé deux entreprises qui étudient la possibilité de commercialiser la capacité décisionnelle du réseau de soins intensifs néonataux au Canada.

Il l'a fait à l'aide d'une subvention de fonctionnement initiale de un million de dollars et a éprouvé beaucoup de difficultés à financer l'entreprise, qui n'est plus considérée comme un projet de recherche classique. Il répond à des questions du genre: «Comment améliorons-nous le système de santé?» «Comment faire des analyses coûts-avantages dans le système de santé?» «Comment améliorer la qualité de chacune des institutions partenaires dotées d'une unité de soins intensifs néonataux?»

Le président: Où, au pays, une personne qui souhaite pousser une idée au-delà de la recherche fondamentale pour s'intéresser à l'application et à la mise en œuvre devrait-elle s'adresser? Si je comprends bien ce que vous avez dit, docteur Tingle, ce genre d'études ne répond pas aux critères des anciens conseils de recherche classiques ni à ceux des IRSC. Où doit-on s'adresser dans de tels cas?

Le Dr Tingle: Nous avons déjà perdu la moitié des membres de l'équipe formant cette unité au profit des États-Unis. Nous avons mentionné qu'il s'agit d'un élément clé de la stratégie parce que nous avons l'impression que cet aspect fait défaut dans le cadre canadien.

Le président: J'imagine que cet élément qui fait défaut, ainsi que vous l'avez mentionné, n'est pas propre à cette étude particulière. Le problème, c'est qu'il y a une lacune dans les efforts de financement. Si nous avions affaire au secteur privé, vous parleriez de «capital-risque», mais il s'agit de l'écart entre

Dr. Tingle: I will illustrate it. In British Columbia the health care budget is \$9 billion. The proportion of that spent on quality improvement or quality evaluation is virtually zero. The health care delivery side of the system is not supported.

The Chairman: Not supported because they are so short of funds for other things that it just does not get to the top of the pile?

Dr. Tingle: Absolutely correct.

Senator Keon: I will direct my comments and then the question to you, Dr. Friesen, but I would like all of you to respond to it. This is a fascinating field. Why have we not been able to do better than we have? I recall very well, as you do, Dr. Friesen, when you became president of the Medical Research Council, we were essentially dealing with two solitudes: the basic scientific community of Canada and the industrial complex. Eventually, some bonds grew and became established. In reality I think there has been tremendous progress with the creation of CIHR, CFI, the provincial agencies and a number of other philanthropic organizations and public corporations that are looking at venture capital and the rest.

It seems to me that the bridge we have not been able to cross is getting the large health industrial corporations to change their operational frame of mind and getting them to locate their people in our universities and our institutions, make substantial long-term investments in research chairs, and de-emphasize their preoccupation with patents and this kind of thing, which has driven them commercially and is their life's blood.

I know that you have spent the last number of years dedicated to the creation of a milieu where this would occur. There has been real progress — there is no question about that. However, when we look at the industrial giants — the pharmaceuticals, the device corporations, the health technology companies — and the biggest one of all is the health provider organizations — the HMOs and the large health corporations that are now international. We still have not been able to put together the intellectual resources of our country to do something positive for most of these people.

For example, the HMOs, or the large international health care provider corporations, blow all kinds of money funding things that are doing no good at all. They do not fund things that are doing a lot of good because they do not have appropriate outcome research and they do not have appropriate epidemiological research.

l'obtention des résultats de la recherche primaire et de la recherche fondamentale et de leur mise en oeuvre effective?

Le Dr Tingle: Laissez-moi vous donner un exemple. En Colombie-Britannique, le budget de la santé est de 9 milliards de dollars. La proportion de cette somme qu'on consacre à l'amélioration ou à l'évaluation de la qualité correspond pratiquement à zéro. Le volet du système axé sur les soins de santé ne bénéficie d'aucun appui.

Le président: Ce qui s'explique par le fait que les fonds sont si rares pour d'autres éléments que ce dossier se retrouve tout simplement au bas de la pile?

Le Dr Tingle: Vous avez absolument raison.

Le sénateur Keon: Je vais adresser directement mes commentaires et la question qui suivra à vous, docteur Friesen, mais je vous invite tous à y répondre. Il s'agit d'un domaine fascinant. Pourquoi n'avons-nous pas mieux réussi? Je me souviens très bien, comme vous, docteur Friesen, que, à l'époque où vous étiez président du Conseil de recherches médicales, nous faisions essentiellement face à deux solitudes: la communauté canadienne de la recherche fondamentale et le complexe industriel. À la longue, des liens se sont créés et établis. En réalité, je pense que la création des IRSC, de la FCI, des organismes provinciaux et d'un certain nombre d'autres organismes philanthropiques et de sociétés publiques qui s'intéressent au capital de risque et à d'autres questions du genre marque un progrès considérable.

J'ai l'impression que le pont que nous n'avons pas réussi à franchir est le suivant: convaincre les grandes sociétés industrielles du domaine de la santé de changer d'état d'esprit opérationnel et les amener à poster des ressources humaines dans nos universités et nos institutions, consentir d'importants investissements à long terme dans les chaires de recherche et ne plus tant attacher d'importance aux brevets et à ce genre de choses, ce qui les a motivées sur le plan commercial et les garde en vie.

Je sais que vous avez consacré les quelques dernières années à la création d'un milieu propice à une telle évolution. On a accompli des progrès réels — ça ne fait aucun doute. Lorsque, cependant, on se penche sur les géants industriels — les sociétés pharmaceutiques, les sociétés qui fabriquent des appareils, les entreprises qui oeuvrent dans le domaine de la technologie de la santé — les plus grandes d'entre elles sont les organismes qui fournissent des services de santé — les organisations de soins de santé intégrés (OSSI) et les grandes sociétés du domaine de la santé qui ont désormais une envergure internationale. Nous devons toujours réunir les ressources intellectuelles de notre pays pour faire quelque chose de positif pour la plupart de ces gens.

Par exemple, les OSSI ou les grandes sociétés internationales qui fournissent des soins de santé, gaspillent une fortune en finançant des choses qui ne sont pas du tout efficaces. Elles ne financent pas de projets qui font beaucoup de bien, faute de recherches appropriées sur les résultats et l'épidémiologie.

It seems to me that the bridge that we have to cross, more than government investment, is to get our scientific intellectual community to convince the global industrial complex to switch 180 degrees and stop investing in their own fortresses and invest in our institutions. I have no idea how to do that. I know we are making progress and I know you have been trying to do that, but I would like to hear comments from everybody.

Dr. Friesen: Senator Keon, you have touched at the heart of the matter. In the end, behavioural changes in this sector demand kind of a cultural, attitudinal shift, fundamentally and deeply. We saw that as part of the exercise. I think the health care providers and those who manage them have been absorbed — and so they should be — on delivering health care. That is their mandate; that is their mission. If there are others out there in the industry economic portfolios, they are busy doing their thing, and the boundaries of that perspective do not intersect with the health care system. So you have these two world views of what is possible and who is responsible for the various arenas.

I agree entirely that there is progress. Yet, I would note still that if you asked how much time — this is not even product and service development — federal and provincial deputy ministers of health devote to the subject of research. Unless the last few meetings have changed, it has been very little, if any.

I used to needle my colleagues about this oversight — that if the driver of innovation is research, why is the subject not preoccupying them? I believe that this should be a federal role.

I am deviating a little bit from answering your question precisely. I think the federal role is to articulate the vision for Canada's health care system — broadly and in an inspired way. No one has; no one is. We are busy talking about the process, mechanics and structures; in a sense we are moving toward a bureaucratic description of what our health care system should be about. I believe that Canada's "brand" should be our health care system.

The issues that we are raising concern economic development, innovation and products. If we choose to, we can develop the most excellent products and services, which we can then sell around the world and get a return on this investment to continuously improve, through innovations, our health care system. Sometimes I think we see our health care system like a poorly performing student that occasionally has a pass, and we all celebrate the pass saying that is victory. That is a far cry from my view of my vision for Canada's health care system.

Le pont que nous devons franchir, ce n'est pas que celui de l'investissement gouvernemental. En fait, nous devons obtenir de notre communauté intellectuelle scientifique qu'elle persuade le complexe industriel mondial de faire un virage à 180 degrés et de cesser d'investir dans ses propres forteresses et d'investir plutôt dans nos institutions. Je n'ai aucune idée des moyens à prendre pour y parvenir. Je sais que nous réalisons des progrès, et je sais que vous avez tenté d'y parvenir, mais j'aimerais entendre vos commentaires à tous à ce sujet.

Le Dr Friesen: Sénateur Keon, vous avez mis le doigt sur le noeud du problème. Au fond, les changements de comportements dans ce secteur exigent une sorte de transformation de la culture et des attitudes, au niveau fondamental et profond. À nos yeux, cela fait partie de l'exercice. Je pense que les fournisseurs et les administrateurs de soins de santé ont été absorbés — à juste titre — par la prestation des soins de santé. C'est leur mandat; c'est leur mission. Quant aux autres maillons des portefeuilles économiques industriels, ils ont d'autres chats à fouetter, et les frontières de ces activités ne recoupent pas celles du système de santé. Relativement à ce qui est possible et à qui incombe la responsabilité des diverses scènes, on a donc affaire à deux visions du monde.

Je suis tout à fait d'accord avec vous pour dire qu'il y a eu du progrès. Pourtant, si je vous demandais combien de temps les sous-ministres provinciaux de la santé consacrent à la recherche — je ne parle même pas de l'élaboration de produits et de services — À moins que la situation n'ait changé au cours des dernières réunions, on consacre à cet aspect un temps limité, voire inexistant.

J'avais l'habitude de taquiner mes collègues à propos de cette omission — si la recherche est le moteur de l'innovation, pourquoi la question ne les préoccupe-t-elle pas? À mon avis, c'est le gouvernement fédéral qui devrait jouer ce rôle.

Je digresse un peu avant de répondre précisément à votre question. Je pense que le gouvernement fédéral a pour rôle de définir la vision du système de santé du Canada — de façon large et inspirée. Personne ne l'a fait; personne ne s'en occupe. Nous nous absorbons dans l'analyse du processus, de la mécanique et des structures; en un sens, nous sommes en voie de passer à une description bureaucratique de ce que devrait être notre système de santé. Je pense que le système de santé devrait porter la «marque» du Canada.

Les enjeux que nous soulevons ont trait au développement économique, à l'innovation et aux produits. Pour peu que nous en ayons la volonté, nous pouvons mettre au point des produits et des services d'excellente qualité, que nous pourrions vendre dans le reste du monde, ce qui nous procurera un rendement sur notre investissement grâce auquel nous pourrions sans cesse améliorer notre système de santé, grâce aux innovations. Parfois, je pense que nous nous représentons notre système de santé comme un étudiant au rendement médiocre qui, à l'occasion, obtient la note de passage, et nous sommes alors tous disposés à célébrer ce fait comme s'il s'agissait d'une victoire. On est bien loin de la vision que j'ai du système de santé du Canada.

There is so much opportunity if we get it right. I would urge your committee to articulate that vision of the grand opportunity. That, in my view, is what this committee's report might choose to address.

I will turn the rest of the answers over to my colleagues who will be more specific.

Dr. Tingle: I will just follow through on the example that I used to illustrate the dilemma we are facing. If you go to the universities and ask, is quality improvement in the health care system an academic enterprise; the answer is, no, it is not. If you go to the hospitals or the health care ministries and ask if research and quality improvement is a health care issue; the answer is, no, it is research. You have a cultural dynamic inhibits the area. Yet, Dr. Shoo Lee went to Kaiser Permanente, said that he had a system that could change the way we deliver health to a specific population. Kaiser Permanente has co-patented this system with Dr. Shoo Lee and is right there at the table, keen and interested.

A journey of a thousand miles begins with a single step. You have to create some type of pilot system to begin to look at this in selected areas of high priority and develop the new cultural paradigm among health and industry and academia and service professions as to how can we carry this out.

That has been part of the strategy behind the initiative that we have been proposing. You must start somewhere. You must do it in a pilot system. You must get enough centres working together to form a critical mass and change the dynamic that we have been stuck with for a variety of reasons over the last several decades.

Dr. Foerster: To the answer your question about involvement of big pharmaceuticals and other companies of that type more specifically, these individuals unfortunately are currently not interested in anything that is not almost completely a sure thing. What is lacking in many parts of Canada is money to take it from what MRC, CIHR to what can be sold to industry. For that we need venture capital pools. In the east they are much better developed. In Western Canada, we are just starting to develop some in Manitoba, and they have helped us to take some of these things forward, but there is a big lack there.

One of our researchers here developed an excellent innovative new way of treating cancer. He could not get enough venture capital pool here to take that idea forward. He went elsewhere. His company is now valued at \$60 million on the stock market. Another physician here developed an excellent way of improving respirators for intensive care units. He could not get enough venture capital money here in order take that further and had to go to the United States. Everything is now being done down there, the manufacturer, the benefits that accrue from these kinds of industrial development. I see that as a missing link between what

Si nous faisons bien les choses, tant d'occasions s'offriront à nous. Je prie instamment les membres de votre comité d'articuler cette vision porteuse d'un grand potentiel. À mon avis, c'est sur cette question que pourrait porter le rapport du comité.

Je vais laisser à mes collègues le soin d'apporter des éléments de réponse plus précis.

Le Dr Tingle: Pour faire suite, je vais me contenter de citer un exemple que j'utilise pour illustrer le dilemme auquel nous sommes confrontés. Demandez aux universités si l'amélioration de la qualité du système de santé est une entreprise universitaire, et elles vous répondront que non. Demandez aux hôpitaux et aux ministères de la Santé si la recherche et l'amélioration de la qualité représentent des problèmes de santé, et ils vous répondront que non, que ce sont des problèmes de recherche. Une dynamique culturelle inhibe ce domaine. Pourtant, le Dr Shoo Lee s'est rendu chez Kaiser Permanente en disant avoir dans sa poche un système permettant de modifier la prestation de services de santé à une population précise. Kaiser Permanente a fait breveter le système avec le Dr Shoo Lee, et la société est présente à la table, enthousiaste et intéressée.

Un voyage, aussi long fût-il, débute toujours par un premier pas. On doit mettre au point une forme de système pilote qui permette d'examiner la situation dans des domaines prioritaires choisis et d'établir le nouveau paradigme culturel entre le secteur de la santé, l'industrie, les chercheurs et les professions liées au service, grâce auxquels nous pourrions arrêter la marche à suivre.

Voilà qui a fait partie de la stratégie qui sous-tend l'initiative que nous avons proposée. Il faut commencer quelque part. On doit passer par un système pilote. On doit obtenir d'un nombre de centres suffisant qu'ils collaborent pour former une masse critique et changer la dynamique à laquelle, pour diverses raisons, nous sommes confrontés depuis les quelques dernières décennies.

Le Dr Foerster: Pour répondre de façon plus précise à votre question au sujet de la participation des grandes compagnies pharmaceutiques et d'autres sociétés de ce genre, je dirais qu'elles ne s'intéressent malheureusement pas à ce qui n'est pas presque entièrement sûr. Ce qui fait défaut dans de nombreuses régions du Canada, ce sont les capitaux qui permettraient de faire la transition entre le CRM, les IRSC et l'industrie, à qui des produits seraient vendus. Pour ce faire, nous avons besoin de regroupements de capital-risque. Dans l'Est, on est beaucoup plus avancé. Dans l'Ouest canadien, nous en sommes aux premiers balbutiements au Manitoba, et on nous a aidés à faire progresser certaines de ces idées, mais il y a là une importante lacune.

Un de nos chercheurs a mis au point une nouvelle méthode de traitement du cancer à la fois novatrice et excellente. Il n'a pas été en mesure de réunir un capital-risque suffisant pour faire progresser l'idée. Il s'est adressé ailleurs. À la bourse, son entreprise vaut aujourd'hui 60 millions de dollars. Un autre médecin d'ici a mis au point un excellent moyen d'améliorer les respirateurs utilisés dans les unités de soins intensifs. Il n'a pu réunir ici le capital-risque nécessaire pour perfectionner l'idée et s'est tourné vers les États-Unis. Maintenant, tout se trouve du côté sud de la frontière, le fabricant et les avantages que procure ce

universities do, what industry is interested in, the in between piece.

The Chairman: Dr. Foerster, for clarification, when you used the word "here," did you mean here in Manitoba or here in Western Canada or here in Canada?

Dr. Foerster: Specifically, Manitoba for those two examples.

The Chairman: By the way, I do not know if this is good news or bad news, but the venture capital problem is not unique to Manitoba, it is true in the whole country and not just in the health care sector. If you look at creative ideas that require venture capital in a whole variety of areas, the amount of venture capital available in Canada is very small. Canadian investors — which is what venture capitalists are — have a tendency to be far more cautious and far more risk adverse than is the case, particularly in the U.S. and increasingly, in parts of Europe. I do not know if that makes you feel good or bad, but you are not alone.

Dr. Foerster: On the other hand, there are positive changes and I see them as part of the development we have just presented. For instance, individuals in Manitoba and Saskatchewan have recently created a Life Sciences Fund, which already has \$45 million committed and which is seen as topping out at about \$90 million.

Change is happening. However, people with vision such as Dr. Friesen and others who are presenting this report need to come forward with ideas that excite all of these different sectors, including private industry and the universities.

The Chairman: It is also true that venture capital is much less likely to come from government. This is in part because of the nature of politics. Any venture capital fund is obviously going to have a number of failures in hopes that it has the odd success. Yet in a political climate — politics being what it is — the issue will be the failures and not the successes in spite of the fact that the fund may make money. There is a huge resistance.

I go way back to the early regional development days when they did not call it venture capital. If you go back to the early days of ARDA and DREE and all of those other acronyms, the media and opposition parties focussed on the failures and not the successes. Government is deeply reluctant to get into that area.

Dr. Foerster: We are not looking for that.

The Chairman: No, I know that.

Senator Morin: Mr. Chair, I would like to be on the record as saying that I had the opportunity of reading this in detail and that I am in support of this project. The three main elements of bringing the health and economic communities together, bringing about

genre de percée industrielle. Il y a un manque entre ce que les universités font et ce à quoi l'industrie s'intéresse.

Le président: Une précision, docteur Foerster. Quand vous utilisez le mot «ici», faites-vous référence au Manitoba, à l'Ouest canadien ou au Canada?

Le Dr Foerster: Dans ces deux cas, je faisais expressément référence au Manitoba.

Le président: Soit dit en passant — j'ignore si c'est une bonne ou une mauvaise nouvelle, mais le problème du capital-risque n'est plus propre au Manitoba: il se pose dans l'ensemble du pays, et pas seulement dans le secteur de la santé. Lorsqu'on considère les idées créatives qui exigent du capital-risque dans un grand nombre de domaines, on se rend compte que le total du capital-risque disponible au Canada est très limité. Les investisseurs canadiens — et c'est ce que sont les investisseurs en capital-risque — ont tendance à être beaucoup plus prudents et à se montrer beaucoup plus réfractaires à l'idée de courir des risques que ceux des États-Unis, en particulier, et, de plus en plus, de ceux de certaines régions de l'Europe. J'ignore si cette mise au point vous reconfortera ou non, mais vous n'êtes pas les seuls.

Le Dr Foerster: Par ailleurs, on note des changements positifs, et j'en trouve une illustration dans une partie des percées que je viens tout juste d'évoquer. À titre d'exemple, des particuliers du Manitoba et de la Saskatchewan ont récemment créé un fonds pour les sciences de la vie, dans lequel ont été engagées des sommes d'une valeur de 45 millions de dollars. On s'attend à ce que le fonds plafonne à environ 90 millions de dollars.

Les choses bougent. Cependant, des personnes animées d'une vision comme celle du Dr Friesen et d'autres qui ont signé le présent rapport doivent présenter des idées qui suscitent l'enthousiasme de tous ces différents secteurs, y compris l'industrie privée et les universités.

Le président: Il est vrai également que le capital-risque est beaucoup moins susceptible de venir du gouvernement. Le phénomène s'explique en partie par la nature de la politique. De toute évidence, les fonds de capital-risque subissent un certain nombre d'échecs dans l'espoir de connaître tôt ou tard une réussite. Pourtant, dans le climat politique — la politique étant ce qu'elle est, on mettra l'accent sur les échecs et non sur les réussites, en dépit du fait que le fonds pourra se révéler rentable. Il y a là une énorme résistance.

Je reviens aux premiers jours du développement régional, à une époque où on ne parlait pas encore de capital-risque. Si on remonte à la belle époque de l'ARDA et d'ISTC, pour ne citer que quelques acronymes, les médias et les partis d'opposition mettaient l'accent sur les échecs et non sur les réussites. Le gouvernement se montre profondément réticent à l'idée de s'engager dans ce secteur.

Le Dr Foerster: Ce n'est pas ce que nous cherchons.

Le président: Non, je le sais bien.

Le sénateur Morin: Monsieur le président, j'aimerais, aux fins du compte rendu, préciser que j'ai eu l'occasion de lire les documents en détail et que je suis favorable au projet. Les trois principaux éléments, soit rapprocher le monde de la santé et le

health services innovation, and finally of developing bio-tech commercialization, are very important.

There is an opportunity for the west here to be a trailblazer for the country. Eventually, after this has started out here as a pilot project, the rest of the country could follow the lead here. So I am very much in favour of that.

The Chairman: May I thank all of you for coming. We appreciate you taking the time to be with us. I am sure, Dr. Friesen, you will keep us up-to-date as how things go along.

The next witness is Bill Bryant, Chair of the Council of Chairs, Regional Health Authorities of Manitoba.

I have a copy of your statement. Can you begin first by, you have been here so you know what our format is, if you can begin by introducing your colleagues for purposes of our Hansard reporters, and then I am not sure whether you or Mr. Beresford is doing the opening statement, but whoever is, if you could then do the opening statement and we would be delighted to ask you questions.

Mr. Bill Bryant, Chair, Council of Chairs, Regional Health Authorities of Manitoba: The Regional Health Authorities or RHAs of Manitoba, as representatives of health system managers and trustees, appreciate the opportunity to appear before you today.

We are pleased to be here representing the RHAs of Manitoba. My name is Bill Bryant and I am the Chair of the Board of Southwestman RHA and Chair of the Council of Chairs of the RHAs. With me I have Kevin Beresford, CEO of the Interlake Region and Chair of the Council of CEOs of the RHAs. Also with us is Mr. Randy Lock, Executive Director of the Regional Health Authorities of Manitoba.

As you may know, Manitoba has 12 regional health authorities, consisting of 10 in northern and rural Manitoba, one in Brandon and one in Winnipeg. Collectively, we represent the health system in Manitoba with the exception of Cancer Care Manitoba and the Addictions Foundation of Manitoba.

The RHAs are responsible for the direction, operation, coordination and provision of the full continuum of the health services. The continuum includes acute and long-term care facilities as well as community, mental health, public health and ambulance services.

Our mission is foster the development of an efficient and effective interregional health care system that meets the needs of all Manitobans.

As a Manitoba member of the Canadian Health Care Association, RHAM has been very involved in the work of CHA in preparing policy briefs on a variety of issues from which we will be drawing on today.

monde de l'économie, l'innovation dans le domaine des services de santé et, enfin, la commercialisation biotechnologique, sont très importants.

L'Ouest canadien a la possibilité de montrer la voie à suivre au reste du pays. Tôt ou tard, une fois que le projet pilote aura été amorcé, le reste du pays emboîtera le pas. Je suis donc très favorable à la proposition.

Le président: Je vous remercie tous d'être venus. Nous vous sommes reconnaissants d'avoir pris le temps de venir nous rencontrer. Docteur Friesen, je suis certain que vous allez nous tenir au courant de l'évolution de la situation.

Notre prochain témoin est Bill Bryant, président du Conseil des présidents, Offices régionaux de la santé du Manitoba.

J'ai en main une copie de votre mémoire. Vous connaissez notre mode de fonctionnement. Je vais donc vous demander de présenter d'abord vos collègues à l'intention des sténographes du Hansard. Puis M. Beresford ou vous allez présenter une déclaration liminaire, après quoi nous nous ferons un plaisir de vous poser des questions.

M. Bill Bryant, président, Conseil des présidents, Offices régionaux de la santé du Manitoba: Les Offices régionaux de la santé du Manitoba, à titre de représentants des administrateurs et des fiduciaires du système de santé, sont heureux de l'occasion qui leur est donnée de comparaître devant vous aujourd'hui.

Nous sommes heureux d'être ici pour représenter les offices régionaux de la santé du Manitoba. Je m'appelle Bill Bryant et je suis président de l'office du Sud-Ouest et président du Conseil des présidents des offices régionaux de la santé. J'ai à mes côtés Kevin Beresford, président de la région des lacs et président du Conseil d'administration des offices régionaux de la santé. Nous sommes accompagnés de M. Randy Lock, Directeur général des offices régionaux de la santé du Manitoba.

Comme vous le savez peut-être, le Manitoba compte douze offices régionaux de la santé, soit dix dans le Nord et en milieu rural, un à Brandon, et un, à Winnipeg. Collectivement, nous représentons le système de santé au Manitoba, à l'exception de Cancer Care Manitoba et de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances.

Les offices régionaux de la santé sont chargés de la direction, du fonctionnement, de la coordination et de l'exécution du spectre complet des services de santé. Ce spectre englobe les établissements de soins actifs et prolongés aussi bien que les services de santé communautaires, de santé mentale, de santé publique et d'ambulance.

Notre mission consiste à élaborer un système de santé interrégional à la fois efficace et efficient et qui répond aux besoins de tous les Manitobains.

À titre de membre manitobain de l'Association canadienne des soins de santé, les offices régionaux de la santé du Manitoba collaborent activement aux travaux de préparation des mémoires sur diverses questions. Nous allons d'ailleurs nous inspirer des mémoires en question aujourd'hui.

Let us begin by saying that it is our opinion that the system of health care that we have today is not sustainable in its current form into the future. The need for change is real and immediate. The bigger question of how we make the required changes is the real challenge, as there does appear to be a consensus forming as to what changes are required.

Mr. Kevin Beresford, Chair, Council of CEOs, Regional Health Authorities of Manitoba: Before we can undertake dramatic and sustainable reconfiguration of the system, which we believe is needed, a stable and on-going funding framework must be assured. Some of the basic infrastructures of our health care system have suffered serious erosion over the past decade as a result of "stop and go" funding methodologies by both federal and provincial governments. Therefore, one of the first priorities must be a significant and sustained federal cash commitment to restore stability to the existing health care system and ultimately renew confidence in the health care system.

There is also an urgent need for the federal government to explicitly commit to an annual escalator to be applied to this funding commitment. A cash floor at \$19.8 billion will just meet existing needs to ensure roughly comparable services and health outcomes within Manitoba and across Canada. The annual escalator will provide some assurances that long-term sustainability of our health care system in the face of economic growth, changing demographics and other factors, will be possible. Although it would be preferred that these funding commitments come in the form of the CHST cash payments, it is recognized that alternate funding mechanisms may be considered. These would, of necessity, need to be negotiated between the varying levels of government, but should not delay the flow of cash that is immediately needed.

It is recognized that with increased funding there will be a need for increased accountability as well. This accountability framework should be based upon a common set of objectives and standards for our health care system. The focus of accountability should not be on provincial and territorial governments being accountable to federal government for tracking of dollars. Rather, the primary focus should be that all levels of government and regional health authorities should be accountable to Manitobans and Canadians with focus on performance measures and health outcomes. These are the elements that the public expects to have reported and are the elements that will ensure that what we are doing is making a difference to the well being of our communities.

For accountability mechanisms to be effective however, reliable data is needed. Integrated health information systems are essential components of effective accountability mechanisms. While the Canadian Institute for Health Information is funded to do, and is providing, valuable work, unless the system on the ground

Disons d'abord que, à notre avis, le système de santé que nous connaissons aujourd'hui ne peut, sous sa forme actuelle, être considéré comme viable pour l'avenir. Le besoin de changement est réel et immédiat. La grande question consiste à savoir comment apporter les changements voulus, car il semble y avoir un consensus qui se dégage pour ce qui est de la nature des changements requis.

M. Kevin Beresford, président, Conseil des administrateurs, Offices régionaux de la santé du Manitoba: Avant que nous puissions entreprendre une refonte importante et viable du système, ce qui, selon nous, s'impose, il faudra nous assurer de disposer d'un cadre de financement stable et constant. Certains des éléments de base de l'infrastructure du système de santé ont subi une grave érosion depuis dix ans, sous l'effet des méthodes de financement par à-coups de la part des administrations fédérale et provinciale. Par conséquent, une question de toute première importance consisterait à obtenir que le gouvernement fédéral s'engage à établir un budget conséquent et soutenu afin de stabiliser le système de santé et, en dernière analyse, à susciter de nouveau la confiance à l'égard de celui-ci.

De façon urgente, aussi, le gouvernement fédéral doit s'engager expressément à appliquer un facteur d'augmentation annuelle à une telle promesse de financement. L'établissement à 19.8 milliards de dollars d'un plancher des transferts en espèces suffirait à peine à répondre aux besoins existants, pour que l'on puisse maintenir les services au Manitoba comme dans l'ensemble du Canada. Le facteur d'augmentation annuelle donnera quelque peu de latitude pour assurer la viabilité à long terme de notre système de santé au regard de la croissance économique, de l'évolution démographique et d'autres secteurs encore. Il serait préférable que les promesses de financement en question se concrétisent par des paiements en espèces liés aux TCSPS, mais il est admis que d'autres mécanismes de financement pourraient être envisagés. Par nécessité, il faudrait que ceux-ci soient négociés entre les divers ordres de gouvernement, mais il ne faudrait pas que cela retarde la circulation des sommes d'argent dont on a immédiatement besoin.

Il est reconnu que l'augmentation des fonds devra s'accompagner d'un accroissement des comptes à rendre. Le cadre redditionnel devrait reposer sur un ensemble d'objectifs et de normes appliqués à notre système de santé. La reddition de comptes ne devrait pas s'articuler autour de la notion selon laquelle les administrations provinciales et territoriales sont responsables du suivi des sommes d'argent dépensées auprès du gouvernement fédéral. Plutôt, ce sont tous les ordres de gouvernement et les offices régionaux de la santé qui devraient être responsables devant les Manitobains et les Canadiens et privilégier les mesures du rendement et les effets sur la santé. Ce sont là les éléments que le public s'attend de voir communiquer et ce sont les éléments qui nous permettront de nous assurer d'apporter une contribution au bien-être de nos collectivités.

Toutefois, pour que les mécanismes redditionnels soient efficaces, il faudra des données fiables. Les systèmes intégrés d'information sur la santé sont des composantes essentielles des mécanismes redditionnels efficaces. L'Institut canadien d'information sur la santé reçoit des fonds pour réaliser un travail

provides reliable data derived from compatible systems, we will not achieve our objectives of measurements. We would encourage the federal government to direct funding towards the development, implementation and ongoing support of health information technology to achieve these specific objectives.

Much has been said of late with regard to the need for expanded privatization within the Canadian health care system. It is our view that a publicly administered health care system, as envisioned in the Canada Health Act, can and does work and should be maintained. If there is a role for private providers, it should be based on specific contracts to provide a defined set of services. These contracts should be coordinated through the publicly administered system to ensure that Canada maintains one system with one set of objectives and outcomes. To do otherwise leads to confusion, competition and, ultimately, gaps in service. In the end, there is only one source of funds — the public — and therefore there should only be one controller of the provision of services.

We have attempted to focus our presentation on only a couple of aspects of the changing health care environment in which we find ourselves. We wish the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology much success in your deliberations, and thank you for the opportunity to meet. We will be pleased to answer any questions that members may have of us on these topics or any others. Thank you.

The Chairman: Thank you for your succinct presentation. Can I ask you a couple of questions that relate to your second and third last paragraphs? They flow out of some evidence that we heard at the beginning. Were you here when Professor West and Mr. Holle were here? They were our first witnesses. I will have to give you a bit of background.

I am puzzled by your statement that the focus of accountability should not be on provincial and territory governments being accountable to the federal government for the tracking of dollars. How do you square that view with the view that the federal government has some obligation, it seems to me, to account to the people who elect the federal government for the spending of federal funds?

I will give you a very concrete example. In the September 2000 conference there were two major announcements, \$800 million for pilot projects in primary care. That money can be accounted for because the federal government has to approve the pilot projects. A billion dollars was approved for equipment that was described as imaging equipment and MRIs — that sort of thing. The federal government gave the money out, but it has absolutely no idea where it went. I do not understand how the federal government can simultaneously say “we are going to give money for X” and yet not actually be able to know if the money was spent on X. It

précieux, ce qu'il fait d'ailleurs, mais si le système sur le terrain ne permet pas d'obtenir des données fiables tirées de systèmes compatibles, nous n'allons pas obtenir les mesures voulues. Nous encourageons le gouvernement fédéral à consacrer directement des fonds à l'élaboration, à la mise en oeuvre et au soutien de la technologie d'information sur la santé pour atteindre les objectifs particuliers dont il est question ici.

Ces derniers temps, il a beaucoup été question de la nécessité de privatiser des éléments du système de santé canadien. À notre avis, un système de santé géré par l'administration publique, tel qu'envisagé dans la Loi canadienne sur la santé, peut bel et bien fonctionner. Il fonctionne, et il faut le maintenir. Si les fournisseurs du secteur privé ont un rôle à jouer, il faut que ce soit en fonction de contrats particuliers, qui définissent un ensemble de services. La coordination des contrats en question doit passer par l'administration publique. Cela permettra de s'assurer que le Canada maintient un seul et unique système avec un seul et unique ensemble d'objectifs et de résultats. Sinon, ce sera la confusion, la concurrence, et, en dernière analyse, des lacunes au chapitre des services. À la fin, il n'y a qu'une source de fonds — le public — de sorte qu'il devrait y avoir seulement un responsable du contrôle de la prestation des services.

Nous essayons de présenter un exposé qui privilégie seulement quelques aspects du milieu changeant de la santé où nous évoluons. Nous souhaitons au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie d'avoir à ce sujet des délibérations des plus fructueuses et nous le remercions de l'occasion qu'il nous offre de venir se rencontrer. C'est avec plaisir que nous répondrons à toutes les questions que les membres du comité voudront nous poser au sujet de ces questions ou d'autre encore. Merci.

Le président: Merci du bref exposé que vous nous avez présenté. Puis-je vous poser quelques questions qui portent sur votre avant-dernier paragraphe et le précédent? Elles découlent de certains des éléments d'un témoignage que nous avons recueilli au début. Etiez-vous là quand M. West et M. Holle ont témoigné? C'étaient nos premiers témoins. Je vais devoir pour vous faire une petite remise en contexte.

Je suis perplexe quand je vous entends dire qu'il ne faut pas insister sur le fait que les administrations provinciales et territoriales doivent rendre des comptes au gouvernement fédéral pour le suivi des sommes dépensées. Comment concilier ce point de vue et celui selon lequel le gouvernement fédéral est tenu — et c'est ce qu'il me semble — de rendre compte aux gens qui l'élisent des sommes dépensées par l'administration fédérale?

Je vais vous donner un exemple bien concret de la chose. À la conférence de septembre 2000, il y a eu deux grandes annonces, 800 millions de dollars pour les projets pilotes en soins primaires. On peut rendre compte de cette somme puisque le gouvernement fédéral doit approuver les projets pilotes en question. L'investissement d'un milliard de dollars a été approuvé pour l'acquisition de matériel, soit du matériel d'imagerie et des appareils d'IRM, des choses du genre — le gouvernement fédéral a versé les sommes voulues, mais il n'a absolument aucune idée de la destination de l'argent. Je ne comprends pas comment le

might just as well have announced it was going to give a billion dollars, because that is its knowledge base.

Having been also in the provinces, I understand why the provinces do not want it. I am not suggesting this should be popular with the provinces. I am only puzzled as to why an organization like yours should take the view that that level of accountability should not be required.

Mr. Beresford: I am certainly in agreement with your comments in relation to the accountability of tracking the dollars. More succinctly, our position would be that the primary focus does not necessarily always have to be related to the dollars, but we certainly have to have a major focus on accountability of the outcomes.

The Chairman: I agree with that. It is only when they announce a targeted program, they have to know if the targeted funds are really spent on the targeted program.

Can I just get to the central point? In the second last paragraph you say two things, which seem a little bit inconsistent. If there is a role for private providers, it should be based on specific contracts to provide a defined set of services. I understand that. That is the case that still exists with two of the private clinics in Manitoba: is that right? Am I right on that score? Subsequently at the end I will come back and ask you about those.

You then say, "to do otherwise leads to confusion, competition..." The interesting thing is our first two witnesses stressed the benefits of competition — even if the competition was between two publicly owned facilities. That is, the public/private was not the issue that our first two witnesses were talking about. They were talking about experience in Sweden, France and elsewhere, where an element of competition between two providers — both who might be owned by the public sector — was in fact helpful. I want to know why you are opposed to competition, or if you are equating competition with private ownership, because they are two separate issues.

Mr. Randy Lock, Executive Director, Regional Health Authorities of Manitoba: When we are talking competition in this particular case, we are talking competition going to the public. The public becomes extremely confused when there are public and private providers of comparable service. There is no dispute that competition — whether between two public entities or otherwise — drives us to a better level of service, a better level of care provision. What we want to ensure here is that the public is aware that there is a basic standard expectation. The way to assure them of that is to have the publicly administered system providing the entry point into that system, into one system and one system alone. Within that system there can be streams. Those streams can be varying public providers or a combination of public and provider. Our statement here is not to say that there is no room in

gouvernement fédéral pourrait dire qu'il consacre de l'argent à X, et en même temps n'être pas en mesure de savoir si l'argent a bel et bien été consacré à X. Il aurait aussi bien pu annoncer qu'il donnait un milliard de dollars, car c'est tout ce qu'il en savait.

Ayant également été dans les provinces, je comprends pourquoi les provinces n'en veulent pas. Je n'avance pas que cela serait populaire auprès des provinces. C'est seulement que je suis perplexe quand j'entends une organisation comme la vôtre affirmer que cette forme de reddition de comptes n'est pas requise.

M. Beresford: Je suis certainement d'accord avec vous quand vous parlez de la responsabilité d'assurer le suivi des sommes dépensées. Pour dire les choses plus brièvement, notre position est la suivante: on ne doit pas forcément toujours s'attacher principalement aux sommes dépensées, mais il faut certainement que la responsabilité à l'égard des résultats soit considérée comme importante.

Le président: Je suis d'accord. C'est seulement que, lorsque les autorités annoncent la création d'un programme ciblé, elles doivent savoir si les fonds ciblés sont bel et bien consacrés au programme ciblé.

Puis-je entrer simplement dans le vif du sujet? Dans votre avant-dernier paragraphe, vous dites deux choses qui me paraissent un peu contradictoires. Si les fournisseurs du secteur privé ont un rôle à jouer, cela doit être en fonction de contrats particuliers qui définissent un ensemble de services. Je comprends cela. C'est le cas, encore aujourd'hui, pour deux des cliniques privées au Manitoba: n'est-ce pas? Ai-je raison de dire cela? Plus tard, vers la fin, je reviendrai là-dessus et je vous poserai des questions à ce sujet.

Ensuite, vous dites: sinon, il y aura de la confusion, de la concurrence. Ce qui est intéressant, c'est que nos deux premiers témoins ont insisté sur les avantages de la concurrence — même de la concurrence entre deux établissements publics. C'est-à-dire que la dichotomie public-privé n'est pas ce dont parlaient nos deux premiers témoins. Ils parlaient de l'expérience de la Suède, de la France, et d'autres pays, là où un élément de concurrence entre deux fournisseurs — qui peuvent appartenir tous deux au secteur public — se révélait, de fait, utile. Je veux savoir pourquoi vous vous opposez à la concurrence ou encore si vous assimilez la concurrence à la propriété privée, car ce sont là deux questions distinctes.

M. Randy Lock, directeur général, Offices régionaux de la santé du Manitoba: Quand nous parlons de concurrence dans ce cas particulier, nous parlons de concurrence et de public: le public est tout à fait dérouté lorsqu'il y a des fournisseurs publics et privés de services comparables. Nous ne contestons pas le fait que la concurrence — qu'elle oppose deux entités publiques ou autres — nous conduit à offrir un meilleur service, de meilleurs soins. Ce que nous souhaitons garantir, c'est que le public soit conscient du fait qu'il existe un critère de base. La façon de s'en assurer, c'est d'avoir un système géré par l'administration publique qui s'occupe du point d'entrée dans le système, dans un système et dans un seul système. À l'intérieur de ce système, il peut y avoir des éléments. Ces éléments peuvent consister en divers fournisseurs publics ou en une combinaison de fournisseurs publics et

the system for private providers. It is simply to say that if there are to be private providers, they should be working within the system and not in direct competition with the system in that they take certain services that the public system needs access to as well, if they want to provide the full care continuum.

The Chairman: That piece I understand, the first sentence. You people are in the perfect position to try to address this question. Let us make the assumption that every facility is publicly owned. Experience elsewhere in the world would suggest that if consumers have a choice, if they can go to institution A or clinic A or clinic B — and to some extent each clinic wants to maximize its volume, hence they are in competition with each other — that that improves the quality of service entirely independent of who owns the facilities. This is what the first two speakers those of us around the table think of by “competition.” I am still not certain whether you think that is okay or not okay.

Mr. Lock: Certainly competition is okay and certainly competition does work as you have described. The other side of competition is that there are certain services that can be provided more easily, more readily than other components of service.

The Chairman: Give me a “for instance.”

Mr. Lock: It is relatively straightforward to provide appendectomies. It is not quite as straightforward to do public health services; it may not be as straightforward to provide tertiary care services, and yet those are integral to a provision of a continuum of services that we in Manitoba and across Canada value. We must ensure that in that competitive environment the full continuum continues to be provided, rather than going after those areas that are easily delivered to the public at the expense of losing other services that are equally as important, yet not as easily delivered.

The Chairman: We now have competition for cataracts or laser eye surgery or whatever; you might have an element of competition for simple orthopaedic things — and so forth. However, you wouldn't have it for open-heart surgery, for example.

Senator Morin: I had the same remark concerning the competition. I am not clear why you are opposed to competition between a private provider and a public provider if it is all done under a single payer. There is a divorce between provider and the payer here that is manager that all European countries are getting at. I think it is effective, and I do not want to get into that. I also was impressed by your sentence, “to do otherwise leads to competition.” For me competition is the best stimulus here.

privés. Nous n'entendons pas par là qu'il n'y aurait aucune place dans le système pour les fournisseurs privés. Disons simplement que s'il doit y avoir des fournisseurs privés, ceux-ci doivent travailler à l'intérieur du système et ne pas entrer en concurrence directe avec le système, au sens où ils assumeraient certains services auxquels doit pouvoir accéder le système public aussi, s'il souhaite fournir le spectre complet des soins.

Le président: Je comprends cette partie — la première phrase. Vous êtes dans une position idéale pour essayer de traiter cette question. Présumons que tous les établissements appartiennent au secteur public. L'expérience vécue ailleurs dans le monde donne à penser que si les consommateurs ont le choix, s'ils peuvent choisir l'établissement A ou la clinique A ou la clinique B — et, dans une certaine mesure, toute clinique souhaite maximiser son volume, de sorte que les cliniques sont en concurrence les unes avec les autres — que cela améliore la qualité du service, quel que soit le propriétaire de l'établissement. C'est de cette façon que les deux premières personnes parmi celles qui ont pris la parole, autour de cette table, entrevoient la «concurrence». Je ne sais toujours pas si vous voyez la concurrence comme étant correcte ou non.

M. Lock: Certes, la concurrence est correcte et, certes, la concurrence fonctionne comme vous l'avez décrite. L'autre côté de la concurrence, c'est qu'il existe certains services qu'il est possible de fournir plus facilement, plus aisément que d'autres.

Le président: Donnez-moi un exemple.

M. Lock: Il est relativement simple de pratiquer des appendicectomies. Il n'est pas aussi simple d'assurer des services de santé publique; il n'est peut-être pas aussi simple de fournir des services de santé tertiaires; néanmoins, ceux-ci sont un élément intégral du spectre des services que nous chérissons au Manitoba et partout au Canada. Nous devons nous assurer que, dans un environnement de concurrence, le spectre complet des services continue d'être offert, plutôt que seulement les services qui sont facilement fournis au public, de sorte qu'il n'y aurait plus d'autres services qui sont tout aussi importants, mais qui ne sont pas aussi faciles à fournir.

Le président: Il y a maintenant de la concurrence pour ce qui est du traitement chirurgical de la cataracte, de la chirurgie oculaire au laser et ainsi de suite; il peut y avoir un élément de concurrence pour des interventions simples, par exemple en orthopédie. Par contre, il n'y en a pas pour la chirurgie à cœur ouvert, par exemple.

Le sénateur Morin: J'ai eu la même remarque au sujet de la concurrence. Je ne sais pas très bien pourquoi vous vous opposez à une concurrence entre le fournisseur privé et le fournisseur public, si tout cela relève d'un seul et unique payeur. Il y a une dissociation entre le fournisseur et le payeur, qui, ici, est le gestionnaire, vers laquelle tendent tous les pays européens. Je crois que cela est efficace, mais je ne veux pas m'engager dans cette voie. Par ailleurs, vous avez prononcé une phrase qui m'a impressionné: «... agir autrement mènerait à de la concurrence». À mes yeux, la concurrence représente ici la meilleure forme de stimulation possible.

With respect to funding, your statement says that there should be a significant and sustained federal cash commitment and so forth. A year ago, September 11, 2000, there was a \$23-billion cash infusion in the system. How much more should the federal government give? Should it be \$23 billion a year, or what limit is there on it?

Mr. Lock: I think a significant portion, or at least a portion of that \$23 billion was targeted one-time funding as opposed to assured baseline funding into the future. As an organization or group of organizations trying to run a business here, we do not know from year to year what our cash flow is going to be. We are in an awkward position in that we are dependent on employees in the system to provide services. Those employees need to be paid to provide those services, and yet we do not have an assured cash flow one year to the next.

Historically provincial budgets have come down into the current year of operations for our businesses. We do not know what our funding support will look like. The argument that we are putting forward is that we need a committed amount of baseline funding. That committed amount should be predictable. Then we can make plans as to how we will conduct the operations of our entities in advance of the actual year beginning in which we are operating.

Senator Morin: The disadvantage of government spending as compared to private is that the government has political priorities. In private funding I have my dental insurance; I spend \$1,200 a year and I have my policy year after year, so that is stable. For me it is a priority. Yet for the government, there are other priorities, based on political ideology. One government will spend more. There are other issues. We are faced with security issues right now, and for any Canadian that may be more important than health care spending. Therefore, if you are in a government spending environment that you can expect stable funding. That is both the advantage and disadvantage of the system.

Mr. Lock: I think that is the environment that leads us to deal with the day-to-day hot issue as opposed to the longer term plan for the health care system, which is what I believe the public is calling for. What does the basic system provide us and will we be assured that it will be there next week, next month, next year if and when we need it? In the absence of us being able to assure them of some basic level of service, based on some predictable level of funding, then they believe the system is falling apart. Every day that they open their papers they find that there is something else going on in the health care system that they were not aware of and were not planning for. What we are asking for is the ability to have some baseline that we can anticipate.

Pour ce qui touche le financement, vous dites qu'il devrait y avoir un engagement financier important et soutenu de la part du gouvernement fédéral et tout cela. Il y a un an, le 11 septembre 2000, les autorités ont injecté 23 milliards de dollars dans le système. Combien encore le gouvernement fédéral doit-il donner? Doit-il donner 23 milliards de dollars par année, ou y a-t-il une limite à cela?

M. Lock: Je crois qu'une part importante, ou tout au moins une certaine part des 23 milliards de dollars constituait un paiement ciblé ponctuel, par opposition à un financement de base garanti pour l'avenir. En tant que représentant d'une organisation ou d'un groupe d'organisations qui essaie de mener leur affaire, nous ne savons pas à quoi vont ressembler, d'une année à l'autre, nos mouvements de trésorerie. Nous nous retrouvons dans une position difficile parce que nous dépendons des employés dans le système qui fournissent les services. Il faut payer les employés en question pour qu'ils fournissent les services dont il s'agit, alors que nous ne pouvons compter, d'une année à l'autre, sur des fonds garantis.

Par le passé, les budgets provinciaux ont été adoptés après le début de l'exercice courant. Nous ne savons pas ce à quoi va ressembler notre financement. L'argument que nous faisons valoir, c'est qu'il nous faut un montant de base garanti. Ce montant garanti devrait être prévisible. Alors, nous pourrions planifier la conduite des opérations de nos entités avant le début de l'exercice où les activités se mettent en branle.

Le sénateur Morin: L'inconvénient des dépenses d'État, par rapport aux dépenses d'entreprise, c'est que l'État a des priorités politiques. Du côté privé, j'ai mon assurance-dentaire; j'y consacre 1 200 \$ par année, et ma police revient d'une année à l'autre, d'une façon qui est stable. Pour moi, c'est une priorité. Par contre, le gouvernement a d'autres priorités qui reposent sur une idéologie politique. Un gouvernement particulier peut être assez porté sur la dépense. D'autres questions entrent également en jeu. Nous sommes actuellement aux prises avec des problèmes de sécurité et, aux yeux de tout Canadien, cela peut revêtir une plus grande importance que les dépenses en santé. Si vous évoluez dans un milieu où les dépenses gouvernementales entrent en jeu, il faut donc pouvoir compter sur un financement stable. C'est là en même temps l'avantage et l'inconvénient du système.

M. Lock: C'est un environnement comme celui-là qui nous oblige à composer quotidiennement avec des urgences, ce qui empêche de planifier à long terme l'évolution du réseau de la santé, ce que, je crois, le public souhaite que nous fassions. Quels sont les moyens de base que le système met à notre disposition et qui, de façon garantie, seront là la semaine prochaine, le mois prochain, l'an prochain si nous en avons besoin? Si nous ne pouvons garantir aux gens un certain niveau de service, qui dépend d'un niveau de financement relativement prévisible, alors les gens croient que le système s'effondrera. Tous les jours, ils ouvrent le journal pour découvrir qu'il y a dans le système de santé une autre défaillance dont ils n'étaient pas au courant et pour laquelle ils n'étaient pas préparés. Ce que nous demandons, c'est de pouvoir compter sur un niveau de base que nous pouvons prévoir.

Senator Morin: You know that many people, it was stated in the Canadian Forum of Health and it is still stated by well-known people here in Winnipeg, Dr. Noralou Roos, maintain that there is enough money in the system. This afternoon she will appear as a witness, and I am sure that what she will tell us there is enough money in the system. How do you react to that? I am sure you have heard of her work and what she is doing.

Mr. Lock: Yes, we are certainly aware of Dr. Roos and her work.

We maintain, both at our regional level and through the Canadian Health Care Association, that the baseline needs to be assured. The baseline as it stands today does not reflect the \$23 billion to which you referred. There is specific targeted funding in that \$23 billion, and the actual floor that can be assured is less than the \$23 billion.

Senator Morin: Many people maintain that whatever increase of funding we put in the system goes immediately into increased salaries of the workforce. The Fraser Institute maintains that the salary levels of those workers in the health care system are far higher than in the private. I am not referring to nurses and physicians. I am referring to electricians and plumbers and kitchen staff, and so forth. They give specific examples of that. This appears to be true. We have had illegal strikes from coast to coast over the last year. In several cases the unions appear to have been stronger than the governments, and there have been large increases in salaries.

There appears to be a spiral: As we put more money into the system, it immediately goes into increased salaries, and 80 per cent of the money that we invest in health care goes into salaries. There appears to be no end to that. The reason for that is because it is a monopoly. If there were five or six different corporations giving the same service, if there is a strike in corporation A, the four other corporations would go on. These arguments have been made. How do you react to that?

Mr. Bryant: I do not dispute your percentage in terms of salaries. We are faced with that all of the time. The competition for employees is tremendous. It is an ongoing battle at the regional level. I can speak for all of the Regional Health Authorities in Manitoba: it is an ongoing battle in terms of trying to maintain some kind of a level playing field in the provinces. It is a continuous battle, not only for our nurses but also for physicians. So it is a problem. I do not know if you can comment on that. Mr. Beresford, in terms of your role as a CEO?

Mr. Beresford: I am in agreement and certainly would not challenge your percentage in relation to salaries because I know that to be very true. I also agree with your comment that the minute there are more dollars injected into the system, there are

Le sénateur Morin: Vous savez qu'un grand nombre de personnes — et cela a été dit au Forum canadien sur la santé et des gens bien connus ici à Winnipeg, dont le Dr Nora Lou Roos, l'ont dit aussi — affirment que l'argent qui circule dans le système est suffisant. Cet après-midi, le Dr Roos doit venir présenter un témoignage, et je suis sûr qu'elle nous dira qu'il y a suffisamment d'argent dans le système. Comment réagir à cela? Je suis sûr que vous avez entendu parler de ses travaux et de ce qu'elle fait.

M. Lock: Oui, nous sommes certainement au courant du Dr Roos et de ses travaux.

Nous affirmons quand même, à l'échelle régionale et par la voie de l'Association canadienne des soins de santé, qu'il faut un financement de base garanti. La base, telle que nous la connaissons aujourd'hui, ne correspond pas aux 23 milliards de dollars dont vous avez parlé. Il existe des fonds ciblés qui font partie des 23 milliards de dollars en question, et le montant de base dont on peut être sûr est inférieur à 23 milliards de dollars.

Le sénateur Morin: Nombre de gens affirment que, quels que soient les fonds supplémentaires que nous injectons dans le système, cela va être appliqué immédiatement aux augmentations de salaire des travailleurs. Le Fraser Institute fait valoir que les niveaux de salaire des travailleurs du système de santé sont nettement plus élevés que ceux du secteur privé. Je ne parle pas des infirmières et des médecins; je parle des électriciens et des plombiers et du personnel des cuisines et ainsi de suite. L'organisme donne des exemples précis à ce sujet. Nous avons eu droit à des grèves illégales d'un bout à l'autre du pays au cours de la dernière année. Dans plusieurs cas, les syndicats semblent avoir été plus forts que les gouvernements, et cela a débouché sur d'importantes augmentations des salaires.

Il semble y avoir une spirale: dès que nous injectons de l'argent frais dans le système, celui-ci est appliqué immédiatement à l'augmentation des salaires, et 80 p. 100 de l'argent que nous investissons en santé va aux salaires. Il ne semble pas y avoir de fin. Ce qui explique cela, c'est qu'il y a un monopole. S'il y avait cinq ou six sociétés différentes qui offraient le même service, là où il y a grève à la société A, les quatre autres continueraient. Ce sont des raisonnements que l'on a déjà fait valoir. Qu'en pensez-vous?

M. Bryant: Je ne conteste pas le pourcentage dont vous avez parlé pour les salaires. C'est une réalité avec laquelle nous vivons constamment. La lutte que les gens se livrent pour engager des employés est tout à fait féroce. C'est une bataille constante à l'échelle régionale. Et je peux parler au nom de tous les offices régionaux de la santé au Manitoba: c'est une bataille constante pour qui essaie de préserver une certaine égalité entre les provinces. C'est une bataille continuelle, non seulement pour ce qui est de nos infirmières, mais aussi pour ce qui est de nos médecins. C'est donc un problème. Je ne sais pas si vous avez des remarques à formuler là-dessus, monsieur Beresford, en tant que président et directeur général?

M. Beresford: Je suis d'accord et je ne contesterais certainement pas le pourcentage dont vous avez parlé pour ce qui touche les salaires, car je sais que c'est tout à fait vrai. Je conviens aussi du fait que, comme vous l'avez dit, dès que l'argent neuf est

more people with their hands out in respect to the labour component of health care.

In relation to the dollars that are in the system, I feel the system has been focussed on the illness model, the curative areas of health care. Speaking from experience within my region, we have not been able to turn the corner as far as looking at the expanded needs, the aging population, the growing population, in order to put money into health promotion and disease prevention. I see that as being of very significant and critical importance. If there are earmarked dollars being spent within this province, within this country, they should be directed to that component.

It is not an easily quantifiable saving over a projected period, and we have all had difficulty in convincing our provincial government in some cases that for X number of dollars spent at the front end, there would be substantial savings at the end. However, to turn the corner in this province and in this country, there is a substantive need for an infusion of money to look at health promotion and disease prevention initiatives.

Senator Keon: Mr. Bryant, you made a statement that is almost trite now, and that is the system is not sustainable. I believe every provincial Minister of Health is saying the same thing. The question is, "how can we work to a system that would become sustainable."

The Canadian public — particularly the older people — are frightened of going back to what was there before the system came in the 1960s. In other words, where illness meant bankruptcy in a lot of situations. Consequently they are being very defensive of any kind of change. Yet we have to admit there are systems around the world that are functioning a lot better than ours now, particularly in Europe. They are all based on some kind of financial security for the individual, the patient, but the providers are a public/private mix with some reasonable competition.

Again there was a trite example raised again this morning about mandatory auto insurance, which works fine. If there is mandatory auto insurance in a province, that is fine, nobody is out-of-pocket after an accident. However, do not have the government funding all of the auto collision shops or you would have a disaster on your hands. It is probably a little unreasonable to compare health care delivery to automotive repairs, but there is some sort of analogy there.

Somehow we have to grope and find a way of getting the message across to the Canadian public that we have to do something about this, because the conundrum that we are in is that 30 per cent of health care services are now private, 70 per cent

injecté dans le système, il y a toutes ces mains tendues du côté de la main-d'oeuvre dans les soins de santé.

Pour ce qui est de l'argent qui se trouve dans le système, j'ai l'impression que le système s'articule autour du modèle pathologique, des aspects curatifs des soins de santé. Pour parler de ma propre expérience dans la région où je travaille, je ne suis pas parvenu à dépasser cela pour envisager l'élargissement des besoins, le vieillissement de la population, la croissance démographique, pour consacrer des sommes d'argent à la promotion de la santé et à la prévention des maladies. À mes yeux, cela est très important, c'est d'une importance capitale. S'il y a des sommes d'argent ciblées que l'on dépense au Manitoba, au Canada, il faudrait qu'elles soient consacrées à cet élément particulier.

Il y a là des économies d'argent qu'il est difficile de quantifier pour une période donnée, et nous avons tous éprouvé de la difficulté à convaincre les responsables de notre gouvernement provincial, dans certains cas, du fait que pour chaque dollar investi dans la prévention, il y a des économies bien réelles qui se concrétisent plus tard. Toutefois, pour dépasser cela au Manitoba et au Canada, envisageons qu'il y a un besoin important d'argent neuf qui serait consacré à l'étude de projets de promotion de la santé et de prévention des maladies.

Le sénateur Keon: Monsieur Bryant, vous avez fait une déclaration qui peut nous paraître presque banale aujourd'hui: le système n'est pas viable. Je crois que tous les ministres provinciaux de la Santé chantent le même refrain. La question qu'il faut se poser est la suivante: comment travailler pour mettre en place un système qui serait viable?

La population canadienne — et particulièrement les personnes âgées — craignent de revenir à la situation qui existait avant l'instauration du système durant les années 60. Autrement dit, à une situation où, dans bien des cas, la maladie débouche sur la faillite. Par conséquent, elle accueille tout changement proposé avec beaucoup de réticence. Tout de même, nous devons admettre qu'il existe ailleurs dans le monde des systèmes qui fonctionnent beaucoup mieux que le nôtre à l'heure actuellement, particulièrement en Europe. Tous reposent sur une forme quelconque de sécurité financière pour la personne, le malade, mais les soins sont dispensés par des éléments publics et privés à la fois dans un contexte où une concurrence raisonnable est permise.

Encore une fois, quelqu'un a soulevé ce matin un exemple banal concernant l'assurance-automobile obligatoire, qui fonctionne très bien. S'il existe une assurance-automobile obligatoire dans une province, cela est très bien, personne n'a à payer de l'argent de sa poche après un accident. Toutefois, il ne faudrait pas que le gouvernement finance tous les ateliers de débosselage, sinon ce serait la catastrophe. Il est probablement un peu déraisonnable de comparer les soins de santé à la mécanique, mais il y a tout de même là une sorte d'analogie.

D'une façon ou d'une autre, nous devons nous débattre avec ce problème et trouver une façon de dire à la population canadienne que nous devons agir puisqu'il y a ce problème et que, aujourd'hui, 30 p. 100 des services de santé relèvent du secteur

are public. The scary thing is that at end-of-life situations people are not protected at all. People are going to be facing bankruptcy in end-of-life situations with chronic care, home care, and so forth.

The other thing is the good drugs. They are usually not covered in the formularies. The best drugs for hypertension are not covered. If you want to take Cozaar, you go out and buy it, otherwise you get a prescription that is paid by the pharmacy for one of the run of the mill drugs that is covered.

So, I want to give you a minute to reflect and then I would like you to be daring and suggest how we are going to get out of this. We have to be daring. Before very long we have to provide a report and we have to make some recommendations, and we are trying to draw these out of you people that are coming before us.

Mr. Bryant: "Innovative" is a good word, because it is going to take some innovation. I can speak from a regional basis, a small rural western Manitoba region, because I have been the chair of that board since regionalization was introduced into Manitoba. We have been through quite a growing stage in our development, and we are faced with the sustainable part of this equation on a daily basis.

In the past we have had to change the focus of the small acute care facility because we were unable to recruit a physician to it, so we were no longer able to offer emergency room services or acute admissions. But we did change the focus of that facility. It is still there and it is still functioning. In fact, the use of the beds in that facility is higher now than it was before, because we are using it as a mid-point for people waiting placement for personal care home beds, et cetera, so they are in that facility versus being in another acute care facility.

So where we can, we are working towards being innovative and maintaining or trying to maintain that sustainability. We have been pleasantly surprised with people in our communities when we have gathered together some of the major stakeholders, some our local politicians, to discuss what is the future for health care in our region and the sustainability aspect of it. We have come away from those sessions with the impression that the people are aware. They know that the current situation cannot last forever, that change is necessary and it becomes more evident every day.

Tomorrow evening, I will be attending a public meeting in another community where, because of a nursing shortage issue, we are going to have to change the focus of that facility until we can correct the system or correct the issue by hiring into that position.

privé, et 70 p. 100, du secteur public. Ce qui effraie, c'est que les gens dont la vie tire à sa fin ne sont plus protégés du tout. Les gens vont faire face à une faillite à la fin d'une vie avec les soins chroniques, les soins à domicile et ainsi de suite.

L'autre élément dont il faut tenir compte, c'est les bons médicaments. D'ordinaire, les bons médicaments ne sont pas couverts dans les formulaires. Les meilleurs médicaments contre l'hypertension ne sont pas couverts. Si vous voulez prendre du Cozaar, vous allez à la pharmacie et vous l'achetez, sinon vous obtenez une ordonnance que prend à charge la pharmacie et qui porte sur l'un des médicaments moyens qui sont couverts.

J'aimerais donc que vous preniez une minute pour réfléchir à la question; ensuite, je voudrais que vous fassiez preuve d'audace et que vous proposiez des façons pour nous de nous en sortir. Nous devons faire preuve d'audace. Avant bien longtemps, nous devons produire un rapport et nous devons formuler certaines recommandations, et nous essayons de tirer les éléments de tout cela de vous, qui venez comparaître ici.

M. Bryant: Le terme «innovation» est bon. Oui, il faudra une certaine innovation. Je peux parler d'un point de vue régional, pour une petite région rurale dans la partie ouest du Manitoba, car je suis président de ce conseil depuis que la régionalisation a été instaurée au Manitoba. Notre croissance n'a pas toujours été de tout repos, et nous affrontons tous les jours le problème de la viabilité.

Par le passé, nous avons dû modifier l'orientation du petit établissement de soins actifs parce que nous n'arrivions pas à recruter un médecin, de sorte qu'il n'était plus possible d'offrir des services d'urgence ou de prendre en charge des cas aigus. Nous avons justement modifié l'orientation de cet établissement. L'établissement est encore là, et il fonctionne toujours. De fait, le taux d'utilisation des lits de cet établissement est maintenant plus élevé qu'il l'était à l'époque, car nous en faisons un point de transit pour les gens qui attendent d'être placés dans une institution de soins personnels, etc., pour qu'ils se retrouvent là plutôt que dans un autre établissement de soins actifs.

Là où nous pourrions le faire, nous essaierons donc d'être novateurs et de préserver ou d'essayer de préserver cette viabilité. Cela a été pour nous une heureuse surprise de constater la réaction des gens de chez nous quand nous nous sommes rassemblés avec certains des principaux intervenants, quelques politiciens locaux, pour discuter de l'avenir des soins de santé dans notre région et de la question de la viabilité. Au sortir de ces séances, nous avions l'impression que les gens étaient bien au courant du problème. Ils savent que les choses ne peuvent demeurer telles quelles pendant bien longtemps, qu'un changement s'impose, que cela devient plus évident de jour en jour.

Demain soir, je vais assister à un rassemblement public dans une autre localité. Là, en raison d'une pénurie d'infirmières, nous allons devoir modifier l'orientation de l'établissement qui s'y trouve jusqu'à ce qu'on puisse corriger le système ou régler le problème en engageant une infirmière.

So we are very aware of the necessity of change. I think the people are ready for change. I am quite optimistic that with the right leadership it could happen.

Senator Keon: Do you think that people are ready for provision of services by private enterprise?

Mr. Bryant: I am not sure how honestly I can answer that question because I have never really talked to people about that. I know that there is provision of private service within our region basically because we cannot or are not able to recruit occupational therapists or physiotherapists. Private clinics have set up in our region and people are using them to avoid travelling long distances and being on long waiting lists.

The Chairman: Would any of the other panel members care to venture into that minefield?

Mr. Beresford: I certainly have my opinions in relation to innovation of the system and potentially how we can save dollars within the system. I do not want to appear derogatory towards physicians, who are valuable parts of the health care system, but I feel that they are certainly the major drivers. They significantly control the expenditures within the health care system in relation to ordering diagnostic tests, using our facilities, and prescribing drugs.

In addition to supporting health promotion and disease prevention, I am a strong proponent of primary health care, community health centres, and appropriate access to appropriate caregivers within the system. When a person is presenting within a system, that person should be put in touch with the appropriate provider that would be easily accessible. This would be preferable to that first contact being with the physician, because I think it would stem and alleviate a lot of the costs.

The Chairman: I understand your comments about providers, or doctors. I agree with what you said. However, would not any rational human being put into the system that now exists do that? In other words, your statement implies that what is wrong is that the incentives in the system are all wrong. Therefore, government seems to have a tendency — and a lot of us, including me, have been in senior positions in government — to want to be critical of people who respond in a totally rational fashion to a system that the government has established which has clearly some irrational elements. My question to you is, given your criticism with which I agree, why do you not change the incentives for the doctors so they do not follow the behaviour that they do?

That is a tough governmental question, because that now says you have to actually accept the responsibility. I also understand politics is the art of shifting the blame, that is a situation with which I am long familiar. Why do we not change the system then?

Nous sommes donc très conscients de la nécessité du changement. Je crois que les gens sont prêts à ce qu'il y ait un changement. Je suis très optimiste: avec les bons éléments qui dirigent l'affaire, cela pourra se faire.

Le sénateur Keon: Croyez-vous que les gens sont prêts à accepter que l'entreprise privée offre les services?

M. Bryant: Je ne sais pas jusqu'à quel point je pourrais répondre à cette question avec honnêteté, car je n'ai pas vraiment parlé aux gens de cela. Je sais que pour une certaine part, le secteur privé offre des services dans notre région; essentiellement, c'est parce que nous ne pourrions pas ou parce que nous n'arrivons pas à recruter des ergothérapeutes ou des physiothérapeutes. Des centres privés se sont établis dans notre région, et les gens les fréquentent pour éviter de parcourir une longue distance et de se trouver sur une longue liste d'attente.

Le président: Y a-t-il d'autres témoins qui auraient le goût de s'aventurer dans ce champ de mines?

M. Beresford: J'ai certainement des opinions bien arrêtées sur le degré d'innovation du système et sur les façons possibles d'économiser à l'intérieur de celui-ci. Je ne veux pas qu'on pense que je dénigre les médecins, qui sont des éléments précieux du système de santé, mais je crois qu'ils représentent sans nul doute les principaux facteurs. Pour une part importante, ils contrôlent les dépenses du système de santé quand ils commandent des épreuves de diagnostic, recourent à nos établissements et prescrivent des médicaments.

Je ne suis pas que favorable à la promotion de la santé et à la prévention des maladies. Je suis également convaincu du bien-fondé des soins de santé primaires, des centres de santé communautaires et de l'accès approprié aux soignants appropriés à l'intérieur du système. Quand une personne décide de consulter, elle devrait être mise en relation avec un soignant approprié qui lui serait facilement accessible. Cela serait préférable au premier contact avec le médecin, car, à mon avis, cela aurait un effet salutaire sur les coûts, pour une bonne part.

Le président: Je comprends ce que vous dites à propos des fournisseurs ou des médecins. Je suis d'accord avec ce que vous dites. Toutefois, ne pourrait-on dire que tout être humain rationnel qui entre dans le système ferait déjà cela? Autrement dit, vous laissez entendre que le problème, c'est que toutes les mesures de stimulation du système sont mal avisées. Par conséquent, le gouvernement doit avoir la tendance — et nombre d'entre nous, moi-même y compris, ont occupé un poste de haut rang au gouvernement — à critiquer la conduite de gens qui réagissent de façon tout à fait rationnelle à un système que le gouvernement a établi et qui comporte clairement certains éléments irrationnels. Ma question pour vous est la suivante: étant donné la critique que vous formulez, avec laquelle je suis d'accord, pourquoi est-ce que vous ne modifiez pas les mesures de stimulation à l'intention des médecins, pour qu'ils n'adoptent pas cette conduite qu'ils ont?

C'est une question difficile du point de vue gouvernemental, car elle suppose que vous acceptiez la responsabilité de la chose. Je sais bien que la politique, c'est l'art de faire porter l'odieux de ses propres décisions sur autrui, c'est une situation que je connais

That, frankly, is what got this committee on to this issue in the first place?

Mr. Beresford: Yes, there are a number of methodologies to do that. The most obvious one, which I do not think has been successful, is in relation to the method of remuneration to physicians — to decrease what I would call a competitive environment within the health care industry. That is certainly one opportunity.

In relation to your statements previous to that, one of the issues that we face is public perception, relating to whom the public sees as the gatekeeper to the health care system.

There are many attitudinal differences in a region such as mine. I would like to give you a brief description of this region. It commences at the perimeter highway of Winnipeg and goes right to the 53rd parallel. Within that region we have 30,000 square kilometres. We have an urban environment that would be the southern area of the region because of the accessibility of Winnipeg and some of the larger communities. We have a very rural environment and a very remote environment.

The Chairman: Do you include Brandon?

Mr. Beresford: No, basically between the lakes, Lake Manitoba and Lake Winnipeg.

From what we have seen in our dialogue with various communities is that people who have less accessibility or less stability in relation to health services are very willing to accept the community health models or the primary delivery. The closer or greater your accessibility to the urban centres, the greater the public demands. It is difficult to determine how we would turn that corner in changing public perception as far as primary care and how we can be innovative in changing the system. However, I think that given the few success stories out there, that we will slowly turn the corner. In our region, we have a great deal of community support in relation to that.

Senator Keon: Mr. Beresford, I should like to pursue that with you, because I have a lot of experience with the problems with physicians, the remuneration. I was a professor and chairman of surgery for 16 years and had to deal with full-time contracts. I am the CEO of an institution where the physicians are salaried. Some of our research endeavours, for example, were heavily into telehealth, where there is absolutely no mechanism for physician remuneration. The only reason we could do it out of our institution was that it did not affect the physician's incomes. So I believe that there is room for a lot of positive change here, if it is done in the right way.

There are regions in Canada, and certainly the northern regions I suspect of Manitoba, where fee-for-service just does not work. It is not possible. You need teams of people, and they have to be remunerated in a reasonable fashion. A physician would not spend

bien depuis longtemps. Pourquoi alors ne changeons-nous pas le système? N'est-ce pas ce qui, pour être franc, est à l'origine des travaux de notre comité sur cette question?

M. Beresford: Oui, il existe plusieurs méthodes pour y arriver. La plus évidente, qui, je crois n'a pas eu de succès, concerne la rémunération des médecins — et qui a pour effet de diminuer ce que je qualifierais d'environnement concurrentiel dans l'industrie des soins de santé. Il y a certes là une occasion.

Pour ce qui est de ce que vous avez dit avant cela, une des questions auxquelles nous faisons face, c'est celle de la perception du public — à savoir qui le public considère comme étant le gardien du système de santé.

Les différences d'attitude sont si nombreuses dans une région comme la mienne. J'aimerais vous décrire brièvement cette région. Elle commence à l'autoroute qui se trouve à la périphérie de Winnipeg et s'étend jusqu'au 53^e parallèle. À l'intérieur de cette région, il y a 30 000 kilomètres carrés. Il y a un milieu urbain qui correspond à la partie sud de la région, avec l'accessibilité de Winnipeg et de certaines des localités les plus peuplées. Il y a un milieu tout à fait rural et un milieu très éloigné.

Le président: Est-ce que vous incluez Brandon dans cela?

M. Beresford: Non, c'est essentiellement la zone qui se trouve entre les lacs: le lac Manitoba et le lac Winnipeg.

D'après ce que nous a permis de voir le dialogue avec diverses localités, les gens qui ont des services de santé moins accessibles ou moins stables sont tout à fait prêts à accepter les modèles dits de santé communautaire ou de soins primaires. Plus les centres urbains sont proches ou accessibles, plus les exigences du public augmentent. Il est difficile de déterminer comment nous pourrions dépasser cet horizon et modifier la perception qu'a le public des soins primaires, comment nous pourrions trouver l'idée novatrice voulue pour changer le système. Toutefois, étant donné les quelques cas fructueux dont nous pouvons prendre note, à mon avis, nous allons pouvoir, lentement, dépasser, cet horizon. Dans notre région, les appuis communautaires en faveur de cela sont très forts.

Le sénateur Keon: Monsieur Beresford, j'aimerais approfondir cette question avec vous. C'est que j'ai beaucoup d'expérience en ce qui concerne les problèmes avec les médecins, avec la rémunération. J'ai été professeur et directeur d'un département de chirurgie pendant 16 ans, et j'ai dû m'occuper de contrats de travail à temps plein. Je suis président et directeur général d'un établissement où les médecins sont salariés. Certains de nos projets de recherche, par exemple, ont misé sur la télé médecine, là où il n'existe absolument aucun mécanisme de rémunération des médecins. La seule raison pour laquelle nous pouvions le faire chez nous, c'est que cela n'avait aucune incidence sur le revenu des médecins. J'estime donc qu'il y a là une grande marge de manoeuvre pour instaurer un changement, si les choses sont faites de la bonne façon.

Il y a au Canada des régions — et c'est certes le cas des régions du Nord du Manitoba je le soupçonne — où la rémunération à l'acte ne fonctionne tout simplement pas. Cela n'est pas possible. Il faut des équipes, et les membres de ces équipes doivent être

his morning teleconferencing if he is not going to be paid, if he is on a fee-for-service system. I think that governments have to accept the responsibility for not initiating some of those changes.

I am fully aware of the criticisms aimed at physicians and so forth, and some of them are justified, some of them are not. I do not believe that we can stand still any longer, particularly in rural health. Government simply has to come out and say, well, we are going to provide a funding formula that will cover all of the health professionals in this area, and we will cover their relationships, the integration of the teams that will manage this area and so forth. If that were done it would overcome a lot of the debate that exists now. I would like to hear your comments because you are very much into this.

Mr. Beresford: Well, I certainly agree with what you have said. I am a firm believer that there has to be a remuneration model that does foster teamwork within the health care system. We have made some strides within this province in respect to salaried and contract physicians. We have made some strides in relation to telehealth, where I believe that is now inclusive within fee guides. I agree that there has to be a cooperative dialogue with physicians and associations representing physicians to come up with some innovative planning.

One of the potential downfalls is the relationship between the professional associations and the funding agency. If that bridge can be overcome, there are many areas in which we can see innovative ways of remuneration that will foster teamwork within the health care system.

Senator Pépin: You have said that people are demanding and expect to have the same kinds of services available in the city. You also suggest an alternative distribution of health services whereby the doctor would be part of a team including nurses, pharmacists and so forth and that salaries would cover a full year of services. You suggest that a nurse would be making referrals to the appropriate doctor or specialist. Do you believe that the doctor would be ready to accept that kind of an innovation?

Mr. Beresford: Physicians in my region have been receptive to that, and those who are most receptive are those who are on a contract or salary basis. They do not see the competition from other health care providers and they feel very much one of the team.

Senator Pépin: So we have to look into that.

The Chairman: Can I ask one last question? You may be the wrong people to ask, but perhaps you can send us in the right direction. We would like to understand as much as we can about the history of three private clinics that operated for a considerable amount of time in the 1980s and early 1990s. We would like to know how well they worked or did not work, what the public

remunérés convenablement. Un médecin ne peut consacrer sa matinée à une conférence téléphonique s'il n'est pas rémunéré, s'il est rémunéré à l'acte médical. Je crois que le gouvernement doit accepter la responsabilité, pour n'avoir pas instauré certains des changements en question.

Je suis tout à fait conscient des critiques qui visent les médecins et tout cela, et elles sont parfois justifiées, parfois pas. Je ne crois pas que nous puissions demeurer là à ne rien faire, particulièrement en ce qui concerne la santé en milieu rural. Le gouvernement doit tout simplement se lever et dire: eh bien, nous allons établir une formule de financement qui couvre l'ensemble des professionnels de la santé dans cette région et nous allons tenir compte de leurs relations, de l'intégration des équipes chargées de gérer les choses dans cette région et ainsi de suite. Si cela se faisait, un bon bout de chemin serait parcouru dans le débat qui a lieu à l'heure actuelle. J'aimerais savoir ce que vous en pensez, car je sais que vous vous intéressez beaucoup à cela.

M. Beresford: Eh bien, je suis certainement d'accord avec ce que vous avez dit. Je suis convaincu qu'il doit y avoir un modèle de rémunération qui favorise le travail d'équipe à l'intérieur du système de la santé. Dans notre province, nous avons accompli certains progrès pour ce qui est des médecins salariés et des médecins à contrat. Nous avons réalisé certains progrès pour ce qui touche la télémedecine, et cela est maintenant inclus, je crois, dans les barèmes de rémunération. Je suis d'accord pour dire que les médecins et les associations qui représentent les médecins doivent avoir un dialogue axé sur la coopération en vue de procéder à une planification novatrice.

Un des traquenards possibles est la relation entre les associations professionnelles et l'organisme de financement. Si nous réussissons à régler ce problème, il existe de nombreux champs d'action où nous pouvons envisager des modes de rémunération novateurs qui favoriseront le travail d'équipe à l'intérieur du système de santé.

Le sénateur Pépin: Vous avez dit que les gens exigent, et s'attendent à recevoir, les mêmes genres de services que ceux qui sont offerts en ville. De même, vous proposez une autre façon de dispenser les services de santé, où le médecin ferait partie d'une équipe qui comprend des infirmières, des pharmaciens et ainsi de suite et où les salaires porteraient sur une année complète de services. Vous proposez qu'une infirmière recommande des patients au médecin ou au spécialiste compétent. Croyez-vous que le médecin sera prêt à accepter ce genre d'innovation?

M. Beresford: Les médecins dans ma région ont bien accueilli la proposition, et ceux qui y sont le plus favorables sont ceux qui travaillent à contrat ou à salaire. Ils ne voient pas la concurrence des autres fournisseurs du domaine de la santé et ils ont tout à fait l'impression de faire partie de l'équipe.

Le sénateur Pépin: Nous devons donc explorer cette avenue.

Le président: Puis-je poser une dernière question? Ce n'est peut-être pas à vous que je devrais la poser, mais vous allez peut-être pouvoir nous éclairer. Nous aimerions saisir le mieux possible ce qui a mené à la création des trois centres de santé privés qui ont exercé leurs activités pendant un bon moment, durant les années 80 et au début des années 90. Nous aimerions

reaction was and all of that. Subsequently, we would like to know, when the when the government began funding all of the patient services that they performed, whether that worked or did not work, what the change was.

My understanding is that the government has now actually bought the bricks and mortar of one of the three. I would love to understand the policy rationale for that, because I do not understand how owning new bricks and mortar changes anything — particularly since there are two other ones still out there that are not being done.

Any light that you can shed on this would be helpful to us because a lot of people will argue a lot of things about parallel clinics and other things. In fact, in Manitoba here we have a real live experiment for a while. Where can we get the most up-to-date comprehensive piece of analysis on that?

Mr. Lock: The best people to talk to would be the Winnipeg Regional Health Authority, which is one of our member organizations. The CEO there is Dr. Brian Postl, and certainly he would be well aware of both the history and the current arrangements that are going on with those clinics.

The Chairman: Were all three in Winnipeg?

Mr. Lock: Certainly the one that you refer to, the most current one, where the bricks and mortar have been purchased is a Winnipeg example. There is at least one other example within Winnipeg. The third one I am not sure.

The Chairman: There is also one that has been built, but not licensed and doing business.

Mr. Lock: That is also in Winnipeg.

The Chairman: So the source we would go to is the Winnipeg Regional Health Authority?

Mr. Lock: Yes.

The Chairman: We will do that. I thank all three of you for coming. We appreciate your taking the time to be with us today. It is important that we talk to not just people who have done research, but people who are actually running institutions like you are. We know how busy you are, so we appreciate you taking the time from your schedule to come and be with us today. Thank you.

The committee adjourned.

The committee resumed

The Chairman: Honourable senators, our first witness this afternoon is Dr. Noralou Roos from the Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation. Madeline Boscoe, Advocacy Coordinator for the Women's Health Clinic for Manitoba, will follow Dr. Roos.

Please proceed, Dr. Roos.

savoir s'ils ont bien fonctionné ou non, quelle a été la réaction du public et ainsi de suite. Ensuite, nous aimerions savoir si, au moment où le gouvernement a commencé à financer tous les services aux malades que ces centres prenaient en charge, cela a fonctionné ou non, et quel a été le changement.

Si je ne m'abuse, le gouvernement a acheté l'immeuble dans un des trois cas en question. Cela ferait mon bonheur de savoir pourquoi les pouvoirs publics ont fait cela: je ne comprends pas en quoi le fait d'être propriétaire d'un immeuble change quoi que ce soit — surtout qu'il y en a encore deux.

Si vous pouvez jeter un quelconque éclairage là-dessus, cela nous serait utile, car il y a bien des gens qui vont parler de cliniques parallèles, et d'autres choses. De fait, au Manitoba, nous avons vécu pendant un moment une situation proprement expérimentale. Où peut-on s'adresser pour obtenir l'analyse la plus complète et la plus à jour à ce sujet?

M. Lock: Ceux à qui il faudrait s'adresser à ce sujet, ce sont les représentants de l'Office régional de la santé de Winnipeg, soit une des organisations membres de notre association. Le président-directeur général est M. Brian Postl, et, sans aucun doute, il serait bien au fait de l'histoire de ces cliniques et des modalités qui les régissent actuellement.

Le président: Les trois étaient-elles situées à Winnipeg?

M. Lock: Celle dont vous avez parlé, la plus récente, celle dont les autorités ont acquis l'immeuble, est certainement l'exemple qui vient de Winnipeg. Il y en a au moins une autre à Winnipeg. Pour la troisième, je ne sais pas.

Le président: Il y a également une clinique qui a été construite, mais qui n'a pas de permis et qui exerce tout de même ses activités.

M. Lock: Celle-là est à Winnipeg aussi.

Le président: La source qu'il nous faudrait consulter est donc l'Office régional de la santé de Winnipeg?

M. Lock: Oui.

Le président: Nous allons faire cela. Je vous remercie tous les trois d'être venus. Nous apprécions que vous ayez pris le temps de venir témoigner aujourd'hui. Il importe pour nous de nous entretenir non seulement avec des gens qui ont fait de la recherche, mais aussi avec des gens qui dirigent des établissements, comme vous. Nous savons que vous êtes occupés: nous apprécions donc le fait que vous ayez pris le temps, compte tenu d'un horaire chargé, de venir nous retrouver parmi nous aujourd'hui. Merci.

Le comité suspend ses travaux.

Le comité reprend ses travaux.

Le président: Honorables sénateurs, notre premier témoin, cet après-midi, est Mme Nora Lou Roos du Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba. Elle sera suivie de Madeline Boscoe, coordonnatrice de parrainage de la Women's Health Clinic for Manitoba.

Madame Roos, vous pouvez commencer.

Dr. Noralou Roos, Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation: Mr. Chairman, this is my first experience making such a presentation, and I am honoured to do so.

I would start by commending several aspects of this report. I think your objectives make sense. Your proposed options for reducing the costs of prescription drugs make sense. Your support for research and development and the use of health information is commendable. The call for a report which is "factual and non-ideological" is exactly what this country needs.

My concern, and it is a very serious one, is that what I have read to date, particularly your Volume Four, fails to deliver a report which is factual and non-ideological. Chapters 6 and 7 in this report have many serious failings.

I have outlined in my brief three particular areas of problems. One, the evidence does not support the committee's proposal that private funding approaches are needed to address the problem of timely access to care. Two, evidence does not support the committee's assumption that more money is needed in the health care system. Three, a factual review of private funding mechanisms is not provided.

The problem as I see it with this version of the report is that the committee is making the assumption that any new option must be preferable to the current system, and that the problems are horrendous, despite evidence which you present in earlier volumes to the contrary. This means you then have an executive summary that uncritically assesses a variety of options, and the whole report results in an unbalanced and inaccurate review of the evidence on private sector involvement.

My recommendation is that you work with some of the national organizations that you have identified. The Canadian Institutes of Health Research, the Canadian Health Services Research Foundation, the Institutes of Population Health are all organizations which could provide you with a thoughtful, evidence-based review of your findings and your options and the degree to which they flow from the evidence.

I will elaborate on the areas of the report with which I have some difficulty. You identify waiting lists as a key problem. Nobody will disagree with you that this is clearly an issue that is in the public's eye. The options that you suggest focus on private sector alternatives.

The Canadian Health Services Research Foundation is an organization to which you could go to review the evidence in this area. The current Chairman of the Board, Dr. Arnold Naimark, is our University President and former Dean of the Faculty. Dr. Matthew Spence and Dr. Michel Bureau, who were founding board members of this institute, have published a series of "mythbusters" in which they specifically looked at evidence about

Mme Nora Lou Roos, Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba: Monsieur le président, c'est la première fois que je présente un tel exposé; et c'est un honneur pour moi de le faire.

Je commencerai par signaler que plusieurs aspects de ce rapport sont louables. Je crois que vos objectifs ont du sens. Les options que vous proposez pour réduire les coûts des médicaments d'ordonnance ont du sens. Votre appui à l'égard de la recherche et du développement, et de l'utilisation de l'information sur la santé est louable. Vous souhaitez que le rapport repose sur des faits et non pas sur une idéologie; or, c'est exactement ce dont a besoin le pays.

La question qui me préoccupe — et c'est une question très grave —, c'est que d'après ce que j'ai lu jusqu'à maintenant, et particulièrement dans le cas du volume IV, il n'y a pas là de rapport fondé sur les faits et non pas sur une idéologie. Les chapitres 6 et 7 du rapport comportent un grand nombre de lacunes graves.

J'ai exposé dans mon mémoire trois champs d'action où il y a des problèmes. Premièrement, les données ne confirment pas le fait qu'un financement privé s'imposerait, suivant la proposition du comité, pour régler le problème de l'accès rapide aux soins. Deuxièmement, les données ne confirment pas l'hypothèse du comité selon laquelle il faut injecter plus d'argent dans le système de santé. Troisièmement, aucun examen des faits concernant les mécanismes privés de financement n'est effectué.

Le problème que pose à mes yeux cette version du rapport, c'est que le comité présume que toute option nouvelle serait préférable au statu quo et que les problèmes sont horribles, même si les données que vous présentez dans les volumes antérieurs disent le contraire. De ce fait, le résumé présente sans réflexion critique une panoplie d'options, et le rapport entier repose, pour la question de la participation du secteur privé, sur un examen qui manque d'équilibre et d'exactitude.

Je vous recommanderais de collaborer avec certaines des organisations nationales que vous avez désignées. Les Instituts de recherche en santé du Canada, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et les instituts de recherches sur la santé de la population sont autant d'organisations qui sauraient vous faire profiter d'un examen réfléchi et rigoureux de vos conclusions et de vos options, et de la mesure dans laquelle elles découlent des faits.

Je vais donner des précisions sur les points du rapport qui posent certains problèmes. Vous affirmez que les listes d'attente représentent un des grands problèmes. Personne ne viendra vous contredire pour affirmer que cette question attire l'attention du public. Les options que vous proposez supposent un recours au secteur privé.

La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé est une organisation à laquelle vous pourriez vous adresser pour faire examiner les données à cet égard. L'actuel président du conseil d'administration, M. Arnold Naimark, est président de notre université et a déjà été doyen de la faculté. MM. Matthew Spence et Michel Bureau, membres fondateurs du conseil de l'institut ont publié une série d'ouvrages pour démythifier la

waiting times and private sector involvement. One of their essays, which I mention in my brief, specifically reviews the evidence which disproves the myth that a parallel private system would reduce waiting times in the public system. They identify this as a myth. The evidence simply does not support this.

Today, you asked a question about the effect of having private clinics in Manitoba where individuals could jump the queue. You were referred to Dr. Brian Postl, who is the chair of my advisory committee. He is a very thoughtful individual who is head of the WRHA. I believe he would refer you to our report. We looked at how waiting times for cataract surgery varied according to whether an individual was being operated on by a surgeon who operated only in the public sector, or by a surgeon who operated in a private clinic as well as in the public sector. We found that individuals who were operated on by somebody who only operated in the public sector had much shorter waiting times than individuals who were operated on by somebody who worked in both a private clinic and the public sector hospital.

This finding was also made in Alberta after their consumers' association completed a survey. They had someone phone to ask how long he would have to wait for certain surgical procedures. It was also found in England that having a parallel private system does not reduce waiting times in the public sector. The evidence suggests it increases it.

The assumption that more money is needed and, hence, we have to turn to private sector alternatives, also is not founded on strong evidence. Clearly the Americans spend more on the health care sector. They spend more privately, and they spend more publicly. More money does not buy more health care for Americans.

Our surgical rate overall is higher than that of Americans. We have more physician contacts per person than Americans. We spend more days in hospital than Americans. As to quality of care, there is absolutely no consistent evidence that their much higher expenditures buy higher quality care than we get in Canada. In fact, the evidence is very mixed. In certain areas, it appears that Canadians receive higher quality care. Certainly, the evidence is clear that Canadians are healthier than Americans, despite the very large amount of money being spent on the American health care system.

Finally, your review of private versus public funding mechanisms is quite unbalanced. In this volume you cite evidence on medical savings accounts from four different organizations. I searched a Web site to find the opinions that these organizations bring to the health care sector, and I concluded that they are all committed to undermining the public system. If you look at peer reviewed evidence on medical savings accounts as practised in the

question, dans lesquels ils examinent de près les données concernant les temps d'attente et la participation du secteur privé. Dans un de leurs essais, dont j'ai parlé dans mon mémoire, ils examinent particulièrement les données qui dissipent le mythe selon lequel un système privé parallèle réduirait les temps d'attente du système public. Ils établissent que cela est un mythe. Les données ne permettent tout simplement pas d'en arriver à cette conclusion.

Aujourd'hui, vous avez posé une question concernant l'effet des cliniques privées au Manitoba, où certaines personnes pourraient aller au début de la file. Vous avez parlé de M. Brian Postl, qui est président de mon comité consultatif. C'est un homme très réfléchi qui dirige l'Office régional de la santé de Winnipeg. Je crois qu'il vous recommanderait notre rapport. Nous avons étudié la variabilité du temps d'attente pour le traitement chirurgical de la cataracte suivant que le chirurgien exerçait son métier uniquement dans le secteur public ou dans les deux secteurs. Nous avons constaté que les personnes opérées par un chirurgien qui exerçait uniquement ses activités dans le secteur public attendaient nettement moins longtemps que les personnes opérées par un chirurgien oeuvrant à la fois en clinique privée et dans un hôpital du secteur public.

Une enquête organisée par l'association des consommateurs de l'Alberta a permis d'établir le même constat. Quelqu'un a téléphoné pour demander combien de temps il faudrait attendre pour certaines interventions chirurgicales. De même, en Angleterre, on a constaté que l'existence d'un système privé parallèle ne réduit pas le temps d'attente dans le secteur public. Les données invitent plutôt à croire que cela fait augmenter le temps d'attente.

De même, l'hypothèse selon laquelle il faut plus d'argent, d'où la nécessité de se tourner vers des options faisant appel au secteur privé, ne repose pas sur des données solides. Visiblement, les Américains dépensent davantage que nous dans le secteur de la santé. Ils dépensent plus du côté privé et ils dépensent plus du côté public. Plus d'argent ne permet pas d'acheter plus de soins chez les Américains.

Globalement, le taux d'interventions chirurgicales est plus élevé chez nous qu'aux États-Unis. Les consultations de médecins par personne sont plus nombreuses ici. Nous passons un plus grand nombre de jours à l'hôpital que les Américains. Quant à la qualité des soins, il n'existe absolument aucune série de données irréfutables démontrant que les dépenses américaines beaucoup plus élevées permettent d'acheter des soins d'une qualité supérieure à ce que nous obtenons au Canada. De fait, les données sont très mitigées. Dans certains cas, il semble que les Canadiens reçoivent des soins de meilleure qualité. Certes, il est clair que les Canadiens sont en meilleure santé que les Américains, malgré les grandes sommes d'argent qui sont consacrées au système de santé américain.

Enfin, l'examen que vous faites des mécanismes de financement public par rapport aux mécanismes de financement privé est très mal équilibré. Dans ce volume, vous citez des données provenant de quatre organisations différentes en ce qui concerne les comptes d'épargne médicale. J'ai fait une recherche sur le Web pour déterminer les opinions des organisations en question en ce qui concerne le secteur de la santé. J'en ai conclu

U.S., where they have attempted to run some evaluations, or at the evidence collected in Singapore, you will see that the evidence does not suggest that these would be an attractive alternative for Canada.

The Canadian system is, in fact, efficient. The American private insurance bureaucracy absorbs from 10 to 15 per cent of what Americans spend on the health care system. That is one of the reasons it is so expensive.

In summary, you have not delivered a factual, non-ideological report, and I am very concerned because your objectives are absolutely on target. I strongly urge you to take steps to remedy the current problems with the report.

Ms Madeline Boscoe, Advocacy Coordinator, Women's Health Clinic: Thank you very much for the opportunity to make this presentation today. I am a nurse by training and a long-time employee of the Women's Health Clinic here in Winnipeg. I thought I should mention that, because I am a paid staff person although I represent here today the thoughts and remarks —

The Chairman: I apologize for interrupting you, Ms Boscoe, but are you going to read the nine pages of your brief?

Ms Boscoe: No, I am not. I believe in psychic transfer, that is, e-mail of the brain.

The Chairman: We will certainly use that.

Ms Boscoe: I will highlight a few areas of concern. I put the report together since I thought you might want to hear arguments.

The Chairman: That is fine.,

Ms Boscoe: Initially, we had no intention of making a presentation because our issues are very focused. Dr. Roos well illustrated our significant concerns regarding certain parts of the report. However, we have wholehearted enthusiasm for other parts of the report.

I spent the summer with my mother-in-law in New York trying, and I use the word "trying," to manage her care through a hip replacement surgery. As a worker in our system, I was overwhelmed with the number of interactions with administrative and gatekeeping staff and the number of financial transactions that had to be completed. Often there would be the sending or receiving of cheques for as little as \$4 which would be co-payments. There would be a reimbursement system and deductibles. It was a very complicated system. I intended to bring the paper with me, because it was such a great piece of art, but I did not schlep it down here. It is no wonder to me that their administrative costs are so out of line. It is with great trepidation that I think of us trying to model that system in the future.

qu'elles cherchent toutes à miner le système public. Si on examine les études impartiales portant sur l'utilisation des comptes d'épargne médicale aux États-Unis, là où les chercheurs ont essayé d'évaluer la pratique, ou les données recueillies à Singapour, on constate que, selon les données, ce ne serait pas une option attrayante pour le Canada.

Le système canadien est, on le sait, efficient. La bureaucratie de l'assurance privée aux États-Unis absorbe entre 10 et 15 p. 100 de ce que dépensent les Américains dans le système de santé. C'est l'une des raisons pour lesquelles c'est si coûteux.

En résumé, vous n'avez pas produit un rapport qui repose sur les faits et non pas une idéologie, et cela me préoccupe beaucoup puisque vous visez très bien les objectifs que vous vous êtes donnés. Je vous invite vivement à adopter des mesures en vue de pallier les lacunes qui marquent actuellement le rapport.

Mme Madeline Boscoe, coordonnatrice de parrainage, Women's Health Clinic: Je vous remercie beaucoup de me donner l'occasion de présenter un exposé aujourd'hui. Je suis infirmière de formation, je travaille depuis longtemps à la Women's Health Clinic, ici, à Winnipeg. J'ai cru bon de le souligner, car je suis salariée, même si je présente aujourd'hui les réflexions et les remarques...

Le président: Je m'excuse de vous interrompre, Madame Boscoe, mais allez-vous lire les neuf pages de votre mémoire?

Mme Boscoe: Non, je ne ferai pas cela. Je crois à la télépathie, c'est-à-dire à une sorte de courriel de l'esprit.

Le président: Nous allons certainement nous en servir.

Mme Boscoe: Je vais insister sur quelques points préoccupants. J'ai préparé le rapport parce que j'ai pensé que vous vouliez des arguments.

Le président: C'est très bien.

Mme Boscoe: À l'origine, nous n'avions pas du tout l'intention de présenter un exposé, car nos préoccupations sont très précises. Mme Roos a bien illustré les préoccupations importantes que nous entretenons à propos de certaines parties du rapport. Tout de même, nous avons, à l'égard d'autres parties du même rapport, un enthousiasme sans réserve.

J'ai passé l'été auprès de ma belle-mère à New York, à essayer — et j'emploie le terme «essayer» — de la soigner à la suite d'une chirurgie de remplacement de la hanche. Moi qui travaille dans notre système, j'ai été dépassée par le nombre d'interactions avec le personnel d'administration et de garde et par le nombre d'opérations financières qu'il a fallu. Souvent, on pouvait envoyer ou recevoir des chèques pour une somme aussi modique que 4 \$ à titre de participation aux coûts. Il y avait un système de remboursement et des franchises. C'était un système très compliqué. J'avais l'intention d'apporter le document à ce sujet, car cela confinait à de l'art, mais j'ai décidé de ne pas le traîner ici. Cela ne m'étonne pas du tout que leurs coûts administratifs soient si élevés. Je ressens une très vive inquiétude à penser que nous pourrions essayer de modéliser notre système sur celui-là à l'avenir.

We are here because we strongly believe that health care reform is a women's issue. We have been working and organizing a network here in Manitoba since 1993. Women are, as you know, the majority of care recipients and of those who provide care, both paid and unpaid, in this country.

In many ways, we believe that the care and experience of women in health care and healthy public policy is illustrative of what is occurring in society. We are in many ways the canary in the coal mine.

I would note, however, that our use of health care services is higher primarily due to our reproductive role; and as with men, the burden of ill health is connected to income levels. This is of significant concern to women, as poverty is increasingly becoming "feminized." It is anticipated that about 50 per cent of single women over the age of 65 will live in poverty. We know that because of unequal work force participation, low wages, part-time work, time taken out of the work force for caregiving either of children or family members, women have less access to pension benefits, benefit plans, et cetera, dental service plans, unlike their male counterparts.

The issue of privatization is of very important to women, and that is why we are here today. We have completed an enormous project looking at the impact of health status, poverty, and women here in Manitoba; and looking at some of the health service utilization data that Dr. Roos' department has done. I will leave a copy of this for you since I referred to it in my presentation. Unfortunately, I did not bring 25 copies.

We are very interested in the consequences of health care reform on women. Our observation is that, primarily, health care reform to date has consisted of privatization and off-loading from the public system to informal caregiving and private systems where the burden is unequally met.

Women have been conscripted into unpaid health care work as hospitals have changed their discharge patterns, and it is because of that that I think issues like home care are of big import to us.

We strongly support your vision of a new model of primary care. In fact, my agency is a good living and breathing example of the kinds of things you envision in your report. That being said, I must say that the initial language in section 5, which talks about health care as a service industry, was alienating to the volunteers, clients and staff within our agency. However, on further reflection, we know that your vision is one that we share.

We have had a 20-year experience here at Women's Health Clinic in a model of care that puts community and clients at the centre of the decision-making process and, in fact, we often make jokes that our clients are our bosses in very real ways. Our board

Nous sommes là parce que nous sommes convaincus que la réforme de la santé est une question qui intéresse particulièrement les femmes. Nous travaillons et nous mettons un réseau sur pied, ici, au Manitoba, depuis 1993. Les femmes, comme vous le savez, sont majoritaires parmi les bénéficiaires des soins de santé et parmi ceux qui dispensent les soins de santé, que ce soit à titre rémunéré ou non, au Canada.

À bien des égards, nous croyons que les soins et l'expérience des femmes dans le domaine de la santé et de la politique de santé publique illustrent l'évolution courante de la société. De bien des façons, nous sommes les oies du Capitole.

Je signalerais tout de même que notre recours plus important aux services de santé tient surtout à notre fonction de reproduction; de plus, comme c'est le cas aussi pour les hommes, il y a un lien entre le taux de maladie et le niveau de revenu. Cela inquiète beaucoup les femmes, car la pauvreté est de plus en plus «féminisée». On croit qu'environ 50 p. 100 des femmes seules de plus de 65 ans seront pauvres. Nous savons qu'en raison d'une participation inégale au marché du travail, d'un salaire moindre, du travail à temps partiel, du congé pris du marché du travail pour s'occuper d'enfants ou de parents, les femmes ont moins accès aux prestations de pension, aux régimes de pension, et ainsi de suite, aux régimes de services dentaires, que leurs homologues de sexe masculin.

La question de la privatisation est très importante aux yeux des femmes, et c'est pourquoi nous sommes ici aujourd'hui. Nous avons terminé un projet de très grande envergure visant à étudier l'effet de l'état de santé, la pauvreté et les femmes ici au Manitoba; et à étudier certaines des données recueillies par le service de Mme Roos pour ce qui touche l'utilisation des services de santé. Je vous en laisserai un exemplaire, puisque j'y ai fait allusion. Malheureusement, je n'ai pas apporté vingt-cinq copies.

Les conséquences de la réforme de la santé pour les femmes nous intéressent beaucoup. Selon ce que nous avons pu observer, d'abord et avant tout, la réforme de la santé à ce jour a consisté à privatiser des éléments du système public et à les transférer aux soignants bénévoles et aux entités privées, là où le fardeau de la chose est assumé de façon inégale.

Les femmes ont été conscrites et sont devenues les éléments bénévoles du système, tandis que les hôpitaux ont modifié des règles décisionnelles touchant le congé des malades, et c'est en raison de cela que, à mon avis, les questions comme les soins à domicile sont très importantes pour nous.

Nous appuyons vivement la vision que vous proposez d'un nouveau modèle de soins primaires. De fait, mon organisme illustre très bien le genre de mesures que vous envisagez dans votre rapport. Cela dit, je dois dire que les propos tenus au début de section 5, où il est question des soins de santé en tant qu'industrie de service, ont pour effet d'aliéner les bénévoles, les clients et le personnel de notre organisme. Toutefois, nous en arrivons à la conclusion que votre vision correspond à la nôtre.

À la Women's Health Clinic, cela fait vingt ans que nous appliquons un modèle de soins qui met la collectivité et les clients au cœur du processus décisionnel et, de fait, nous faisons souvent la blague en disant que nos clients sont nos patrons, de façons qui

members are made up of members of the community and our clients. Therefore, we see unique kinds of service models based on needs. For example, we have been running a teen drop-in clinic for about 18 years. Our counselling staff is made up of volunteer women who are aged 18 to 24. Our staff members have purple hair and the music in that clinic is louder than you could ever bear to listen to. There is no waiting. It is a drop-in clinic. A client can be accompanied by 10 friends. It is all very informal. Those teenagers have told us that they want health care services to be accountable and to be useful.

I have provided you with both our annual report and a copy of what we call our model of care, which outlines how we build programs and interact with our clients. I am delighted to report we have received the Commonwealth Award For Excellence for this. We all worked very hard on this, so it is nice to see that it has been recognized in an international arena.

We have 18 EFTs. We have a budget of over \$1 million dollars. We have doctors, nurse practitioners, midwives, counsellors, social workers and about 240 volunteers doing counselling, education in schools, public speaking, organizing committees, and so on. We are actively linked to our community, and we develop programs that they are reflective of community needs.

We also have an active policy and advocacy department. I am the staff person with that job. This allows us to organize on issues such as reproductive and genetic technologies, eating disorders in young women, and the restructuring of the Health Protection Branch. We hope to see more about the community health centre model in your report because we think it is a useful model, and one that has not been celebrated enough in Canada.

I am not going to replicate the comments Noralou made around the fee for service system and the issue of user payments, other than to say that we are particularly concerned about the inequities in the regular part of our social system. Those things can have an unfair effect on women, especially senior women who will shortly be the bulk of seniors. My report does go into some of the myths to which Noralou alluded.

I also wanted to commend you on your vision of a national pharmacare program. We think it is critical. We would suggest that you look at developing a consumer drug and device information system to parallel that. I think we are past the stage of relying on pharmaceutical company created package inserts.

sont bien réelles. Notre conseil d'administration se compose de membres de la collectivité et de clients. Par conséquent, nous voyons des modèles de services uniques fondés sur les besoins. Par exemple, nous avons depuis dix-huit ans environ une clinique sans rendez-vous pour adolescents. Nos conseillères sont des bénévoles qui ont entre 18 et 24 ans. Les membres du personnel ont les cheveux mauves, et la musique est tellement forte que vous auriez peine à la supporter. Il n'y a pas d'attente, c'est une clinique sans rendez-vous. Une cliente peut arriver en compagnie de dix amies. Tout est très informel. Les adolescents nous ont dit qu'ils voulaient des services de santé utiles pour lesquels on pouvait rendre des comptes.

Je vous ai fourni notre rapport annuel et un exemplaire de ce que nous appelons notre modèle de soins, qui expose comment nous nous y prenons pour édifier un programme et interagir avec nos clientes. Je me réjouis au plus haut point de pouvoir vous signaler que nous avons reçu un prix d'excellence pour cela, le Commonwealth Award For Excellence. Nous avons tous travaillé très fort à ce projet; c'est donc bien de voir que celui-ci a eu droit à une reconnaissance internationale.

Nous avons dix-huit ETP et un budget de plus de un million de dollars. Nous avons des médecins, des infirmières, des sages-femmes, des conseillers, des travailleurs sociaux et environ 240 bénévoles qui s'occupent de counselling, d'éducation dans les écoles, de conférences publiques, de comités organisateurs, et ainsi de suite. Nous sommes liés activement à notre collectivité et nous élaborons des programmes qui reflètent les besoins de la collectivité.

Nous avons également un service actif d'élaboration des politiques et de défense des intérêts. Je suis la personne-ressource à cet égard. Cela nous permet d'organiser des mesures portant sur des questions comme les techniques de reproduction, les techniques génétiques, les troubles alimentaires chez les jeunes femmes et la restructuration de la Direction générale de la protection de la santé. Nous espérons qu'il sera davantage question du modèle de centre de santé communautaire dans votre rapport, car il s'agit à nos yeux d'un modèle utile dont on n'a pas suffisamment vanté les mérites au Canada.

Je ne vais pas reprendre les observations que Nora Lou a formulées au sujet de la rémunération à l'acte et de l'utilisateur-payeur, sinon pour dire que nous nous soucions particulièrement des inégalités qui marquent la partie ordinaire de notre système social. Ce sont des choses qui peuvent avoir un effet injuste sur les femmes, surtout les femmes âgées qui, bientôt, formeront la majeure partie des aînés. Mon rapport explore quand même certains des mythes auxquels Nora Lou a fait allusion.

Je tiens également à vous féliciter de la vision que vous avez d'un programme national d'assurance-médicaments. Nous croyons que cela a une importance capitale. Nous proposons que vous établissiez en parallèle un système d'information sur les médicaments et les appareils médicaux à l'intention du consommateur. Je crois que nous avons dépassé le point où il faudrait se fier uniquement aux notices des compagnies pharmaceutiques.

I am very active on the Steering Committee of the Canadian Health Network, which has primarily been concerned putting on line health information in the areas of prevention and wellness. We know that Canadians are looking for unbiased information.

We should introduce disincentives for pharmaceutical advertising and educational activities in physicians' practices. To go along with this, we should develop an adverse drug reaction reporting system that actively recruits and involves consumers.

We very much appreciated your comments about health promotion and population health. We think this is critical, and are delighted with the idea of a commissioner in health impact assessments. We hope these concepts will be enshrined in an act of Parliament. As a matter of fact, the joke around our place is: Since we do health impact assessments for the environment, how come we do not do them for people?

We would also like to see programs that increase and support citizens' self help groups, mutual support groups, and action groups on health. One of our concerns since the federal cutbacks — and it is not alluded to in your report — is that many consumer community groups, such as those people who deal with breast cancer and endometriosis, those who take antipoverty action, and those who offer stopping smoking support have lost their infrastructure as Health Canada's health promotion and education programs have been cutback. As a result, many of those groups are starting to partner with the pharmaceutical industry in a way that we do not have any control over. Accountability and transparency is important for our volunteer community, as it is for everyone else.

There has been a reshaping of citizen agendas as a result of some of these partnerships. The landscape of citizen groups in the area of health are predominantly now ones of diseases and disease treatment. Groups that are involved in wellness and health promotion do not have a similar partnership. This will, I think, skewer the debate on what makes an effective health system. I will stop there.

The Chairman: Before turning to Senators Keon and Morin, I just want to address a couple of points you make, because I think you may have missed the point in Volume Four, in essence. Quoting from your paper, and you repeated it in your testimony, you state:

Evidence does not support the Committee's proposal that private funding approaches are needed to address the problem of timely access to care.

Our report does not contain a proposal. Our report contains a series of options. It contains options from the far right and the far left and everywhere in the middle. I am troubled if you read the paper as containing a proposal when we were explicit that we

Je suis très active au sein du comité directeur du Réseau canadien de la santé, qui se soucie en premier lieu de mettre en ligne de l'information sur la prévention et le mieux-être. Nous savons que les Canadiens sont à la recherche d'informations impartiales.

Nous devrions adopter des mesures dissuasives à l'égard de la publicité pharmaceutique ainsi que des activités pédagogiques pour les médecins. Parallèlement, nous devrions établir un système de rapports sur les réactions indésirables aux médicaments qui recrute activement les consommateurs et fait appel à leur participation.

Nous avons beaucoup apprécié vos observations concernant la promotion de la santé et la santé de la population. Nous croyons que c'est là un élément d'une importance capitale, et nous nous réjouissons de voir proposer l'idée d'un commissaire aux études d'impact sur la santé. Nous espérons que les notions en question seront inscrites dans une loi fédérale. C'est d'ailleurs la blague qui circule chez nous: nous faisons bien des études d'impact pour l'environnement pourquoi ne pas en faire pour les gens?

Nous aimerions aussi voir des programmes qui favorisent et soutiennent les groupes d'entraide des citoyens, les groupes d'intervention sur la santé. Une de nos préoccupations depuis que le gouvernement fédéral a comprimé les dépenses — et il n'en est pas question dans votre rapport — c'est qu'un grand nombre de groupes communautaires de consommateurs, par exemple les gens qui traitent avec le cancer du sein et l'endométriose, ceux qui luttent contre la pauvreté et ceux qui offrent leur aide aux personnes qui souhaitent cesser de fumer ont perdu leur infrastructure avec les compressions des programmes de promotion de la santé et des programmes d'éducation de Santé Canada. De ce fait, nombre de ces groupes commencent à s'associer à l'industrie pharmaceutique d'une façon qui échappe à notre emprise. La responsabilité et la transparence importent pour le milieu des bénévoles, tout comme cela importe partout ailleurs.

Certains des partenariats ainsi établis ont eu pour effet de remodeler les programmes d'action des citoyens. Le paysage de l'action civique dans le domaine de la santé, désormais, fait voir surtout la maladie et le traitement de la maladie. Les groupes qui s'intéressent au mieux-être et à la promotion de la santé ne comptent pas de partenariat semblable. À mon avis, cela va fausser le débat sur ce que représente un système de santé efficace. Je m'arrêterai là.

Le président: Avant de donner la parole aux sénateurs Keon et Morin, j'aimerais traiter de certains des points que vous avez formulés, car, à mon avis, vous avez passé à côté de certains des points du volume 4. Dans votre mémoire, et vous l'avez d'ailleurs répété au cours de votre témoignage, vous dites:

«Les données ne confirment pas la nécessité de recourir au financement privé, suivant la proposition du comité, pour régler le problème de l'accès rapide aux soins».

Notre rapport ne renferme pas de proposition. Notre rapport renferme une série d'options. Il renferme des options allant de l'extrême droite à l'extrême gauche, et il occupe tout l'espace entre les deux. Cela m'inquiète de savoir que vous pouvez y voir

were not going to put forward a proposal, that what we were going to do was put options out there.

Let me make just two other comments and I will gladly hear your response. In the material you gave us, you state that the evidence that there are long waiting lists for most procedures is flimsy. Again, I do not think that is what we said. I believe that what we said is that the major concern for Canadians about the health care system is the length of waiting lists. That seems to me an irrefutable statement, given all the public opinion polling that has gone on and all of the comments that have been made. In your paper you say that it takes 40 days for varicose vein surgery and 50 days for a tonsillectomy. You describe the waiting lines in terms of days, though 120 days is approximately four months. Our view of the waiting line issue is that there is not much doubt that the public perceives that to be the biggest problem, and that if you are involved in public policy, it is important to address issues like that.

Having said that, I think your idea of a nationalized waiting list procedure is a terrific idea, and we should talk about that.

You also make the comment that evidence does not support the committee's assumption that more money is needed. I think what we say in the report is that all kinds of experts are demanding more money. We very clearly said that there are two schools of thought on that. One school says that more money is not needed; and one school says more money is needed.

Our view was that if we are going to begin by looking at the issue of funding, given how long it takes to make any change in this system, that it would be important to begin a public debate on the question of what happens if more money is needed. Then we go on talk about the need, as Ms Boscoe just pointed out, to expand the system to include catastrophic drug coverage and catastrophic home care coverage. Clearly, they require more money from somewhere. I do not think we made a judgment. Our view was that you must begin to discuss the question of what happens if more money is needed, as opposed to accepting the first school of thought, which is the categorical judgment that no money is needed.

Finally, I cannot resist teasing you about this since your suggestion was that our position was ideological. In the handout you gave us, all of your comparisons were between Canada and the U.S. I think we are very clear in the paper that the U.S. position, that argument, is the classic bipolar view of the world, which I would have thought academics would not do. However, there is a perception in the world that there is the Canadian model and the U.S. model and nothing in between. In fact, I do not think there was any significant reference to U.S. data in the report. We

une proposition, alors que nous avons affirmé expressément que nous n'allions pas présenter de proposition, que tout ce que nous allions faire c'était de présenter des options.

Permettez-moi simplement deux autres observations, puis je serai heureux d'écouter votre réponse. Dans la documentation que vous nous avez donnée, vous dites que l'affirmation selon laquelle les listes d'attente sont longues pour la plupart des interventions repose sur des données qui sont minces. Encore une fois, je ne crois pas que nous ayons dit cela. Je crois que ce que nous avons dit, c'est que le principal souci des Canadiens au sujet du système de santé concerne la longueur des listes d'attente. C'est là une affirmation qui me semble irréfutable, étant donné tous les sondages d'opinion publique qui ont été effectués et toutes les observations qui ont été formulées. Dans votre mémoire, vous dites qu'il faut attendre quarante jours pour le traitement des varices et cinquante jours pour les amygdales. Vous exprimez la longueur des listes d'attente en jours, même si cent vingt jours correspondent à quatre mois environ. Notre point de vue sur la question des listes d'attente est la suivante. Il n'y a pas beaucoup de doute là-dessus, le public perçoit les listes d'attente comme étant le plus gros problème et si vous avez à formuler une politique gouvernementale, il importe d'en tenir compte.

Cela dit, je crois que l'idée que vous avez d'une procédure nationalisée de liste d'attente est excellente, et nous devrions en discuter.

Vous avez également affirmé que les données ne confirment pas l'hypothèse du comité selon laquelle il faut injecter plus d'argent dans le système. Ce que nous disons dans le rapport, je crois, c'est qu'il y a toutes sortes d'experts qui exigent plus d'argent. Nous avons expliqué très clairement qu'il existe à cet égard deux écoles de pensée. La première dit qu'il n'est pas nécessaire d'injecter plus d'argent, l'autre affirme qu'il faut plus d'argent.

Notre point de vue, c'est que si nous allons commencer à étudier la question du financement, étant donné le temps qu'il faut pour modifier un élément quelconque de ce système, il serait important d'entamer un débat public sur la question de savoir ce qui se passe, s'il faut plus d'argent. Ensuite, nous parlons du besoin, comme Mme Boscoe vient de le dire, d'élargir le système de manière à bien prévoir les médicaments et les soins à domicile en cas de catastrophe. Visiblement, les gens ont besoin d'une plus grande somme d'argent qui proviendrait de quelque part. Je ne crois pas que nous ayons porté un jugement. Notre point de vue, c'est qu'il faut commencer à discuter de ce qui se passe, s'il faut injecter de l'argent dans le système, plutôt que d'accepter la première école de pensée, dont le jugement catégorique est qu'il n'est pas nécessaire d'injecter d'autre argent dans le système.

Enfin, je ne peux résister à l'envie de vous taquiner à ce sujet, car vous avez laissé entendre que notre position est idéologique. Dans la documentation que vous nous avez donnée, vos comparaisons concernent le Canada et les États-Unis. Je crois que nous le disons très clairement dans le rapport: la comparaison avec les États-Unis, ce raisonnement, tient à la vision bipolaire classique que nous avons du monde, ce dont, je l'aurais cru, les universitaires se seraient écartés. Tout de même, il y a une certaine perception dans le monde qu'il existe un modèle canadien et puis

have deliberately talked about European models that meet the Canadian objective of universality and a variety of other models.

I understand why you used the U.S. data to make your point. However, by using that, you may be as ideological on one side as you think our report is on the other. I just leave that with you.

Before I call on Senator Keon, you may want to respond.

Dr. Roos: Perhaps the problem you have with your report is that it may be difficult for all of us to deal with any issue in a non-ideological fashion.

The centre that I work for was founded under a Conservative government. We are celebrating 10 years of work under four Ministers of Health. We now have a NDP government. I am firmly convinced that the system needs evidence-based approaches to these issues.

The Chairman: We would completely agree with you on that.

Dr. Roos: I only came to this because I received a phone call asking me to make this presentation to your committee. At that point I took a look at the report. I, frankly, was very concerned. I think the disadvantage you have is that you are seen to be coming out of the private sector. Your connection with Extencicare raises all sorts of flags for people. I believe that, as chair of this committee, you have to bend over backwards.

The Chairman: Just so you are clear, this is a unanimous report of 14 people.

Dr. Roos: Absolutely.

The Chairman: By the way, two medical people are on the panel with me today.

Dr. Roos: However, as we were discussing in the hall, people are disagreeing with one another. What people are concerned about is the uncritical presentation of a preponderance of options which suggest that private sector funding has to be the way to go. You may not see that in your report, but I have discussed this with scientists across the country and I have asked them to read the report and to tell me if I am wrong.

As I said, people find a number of aspects of the report to be very positive, but the general tone to the effect that we have a crisis, we need to meet it with finding wider sources of funds and the private sector seems to be the only place to go, permeates your current report. That is not only my perception, this is widely perceived as being a major problem.

The Chairman: That was not our problem.

le modèle américain et rien d'autre entre les deux. De fait, je ne crois pas qu'il y ait dans notre rapport de référence significative à des données américaines. À dessein, nous avons parlé de modèles européens qui répondent à l'objectif canadien, soit l'universalité des soins, ainsi que de divers autres modèles.

Je comprends la raison pour laquelle vous avez employé les données américaines pour faire valoir votre point. Toutefois, en faisant cela, vous adoptez peut-être une position aussi idéologique que celle qu'aurait notre rapport à vos yeux. Je vous propose cette réflexion et je m'arrête là.

Avant que je ne cède la parole au sénateur Keon, vous allez peut-être vouloir répondre.

Mme Roos: La difficulté que vous avez peut-être en ce qui concerne votre rapport c'est qu'il peut être difficile pour nous tous de traiter d'une question quelconque d'une façon qui n'est pas idéologique.

Le centre où je travaille a été fondé à l'époque où les Conservateurs étaient au gouvernement. Nous fêtons dix ans de travail qui se sont déroulés sous l'égide de quatre ministres de la Santé. Maintenant, le NPD a été porté au pouvoir. Je suis tout à fait convaincue que le système doit reposer sur des approches rigoureuses fondées sur des données à cet égard.

Le président: Nous sommes tout à fait d'accord avec vous à ce sujet.

Mme Roos: Je suis seulement venue ici parce que j'ai reçu un appel téléphonique où la personne m'a demandé de venir présenter un exposé devant votre comité. À ce moment-là, j'ai regardé votre rapport. Pour être franche, j'étais très inquiète. Je crois que l'inconvénient pour vous, c'est que vous êtes perçu comme provenant du secteur privé. Vos liens avec Extencicare sont comme une sonnette d'alarme pour les gens. Je crois que vous allez devoir, en tant que président du comité, faire des pieds ou des mains pour vous défendre.

Le président: Simplement pour que les choses soient claires: il s'agit d'un rapport adopté à l'unanimité par 14 personnes.

Mme Roos: Tout à fait.

Le président: Soit dit en passant, deux médecins m'accompagnent aujourd'hui.

Mme Roos: Tout de même, comme nous en parlions dans le corridor, les gens ne sont pas d'accord les uns avec les autres. Ce qui préoccupe les gens, c'est la présentation sans réflexion critique d'une prépondérance d'options qui invitent à croire que le financement du secteur privé représente la voie qu'il faut choisir. Vous ne voyez peut-être pas cela dans votre rapport, mais j'en ai discuté avec des scientifiques partout au Canada, et je leur ai demandé de lire le rapport et de me dire si je me trompe.

Comme je l'ai dit, les gens estiment que plusieurs aspects du rapport sont tout à fait positifs, mais il y a le ton général qui dit que nous sommes aux prises avec une crise, qu'il faut juguler la crise en trouvant d'autres sources de financement et que le secteur privé semble tout indiqué — cela transparait dans le rapport entier. Ce n'est pas que ma perception à moi, l'idée qu'il s'agit là d'un grand problème et d'une perception largement répandue.

Le président: Ce n'était pas notre problème.

Senator Keon: Dr. Roos, I have the greatest admiration for your work and the work of your organization. I believe that the conundrum facing the Canadian community at large is not whether we must put more or less money into the system, it is how we can solve the distribution problem and how can we break the log jam. We have a system that I believe most Canadians are terrified to give up. They do not want a system whereby they might go bankrupt from treating an illness. They see that happening in some other parts of the world. Our system was fundamentally designed to fund hospitals and doctors, and that system has grown like topsy.

We now have the most rapid rate of growth in end-of-life care, and in drug care, and in both it is becoming pay as you go. If you want good drugs, you pay for them out of your pocket. If you want to provide end-of-life care for mom or dad at a standard that is acceptable to you, you will eventually pay for it out of your pocket, though you might get some of it up front, but not much.

The real conundrum here is how society will address this situation from A to Z? The reality is that government is paying about 70 per cent of the bill and the private citizen in one form or another is paying about 30 per cent. Should there be a mechanism for redistribution so that physician and hospital costs are carried at the same rate as end-of-life situations and drug costs? Alternatively, to get out of the conundrum does one add more financing so that end-of-life situations and drug costs are fully covered? Can you propose a solution to this?

Dr. Roos: I think the solutions are in the evidence. You said that if you want the good drugs, you have to pay for them.

The Chairman: Just so we are clear, I think he said that as a statement of fact, it was not a proposal. Senator Keon is making a truthful statement, and that is that most provincial formularies do not cover some of the most effective drugs precisely because they are expensive. That was not a proposal. I want to be very clear that you are distinguishing that statement from a proposal. He is simply stating the truth, as best we know it, in every province in Canada. I am sure he can give you some specific drug illustrations if you want.

Dr. Roos: I am coming from the perspective which understands that there are many situations where what we are told is the good drug, the drug which we have to have is in conflict with the evidence about what is an equally effective, much cheaper drug. The other day Michael Rachlis said that, for hypertension, he was taking a drug which costs, I am not sure if it was five cents a day or 50 cents a day, as opposed to a drug which costs \$5 a day. Certainly, there is that information out there.

Le sénateur Keon: Madame Roos, j'admire au plus haut point votre travail et le travail de votre organisation. À mes yeux, l'énigme que doit résoudre la collectivité canadienne dans son ensemble consiste non pas à savoir s'il faut mettre plus ou moins d'argent dans le système, mais plutôt la manière de régler le problème de distribution et la manière de briser l'embâcle. Nous avons un système auquel, je crois, la plupart des Canadiens sont terrifiés de renoncer. Ils ne veulent pas d'un système où ils pourraient devoir faire faillite pour s'être occupés d'une maladie. Ils constatent que cela arrive ailleurs dans le monde. Notre système a été conçu, fondamentalement, pour financer des hôpitaux et des médecins, et ce système est devenu dérégulé.

Nous connaissons maintenant le taux de croissance le plus rapide des soins aux personnes en fin de vie et des soins médicamenteux, et dans les deux cas, cela est facturé de plus en plus à l'utilisation. Si vous voulez de bons médicaments, vous sortez de l'argent de votre poche pour vous les procurer. Si vous voulez des soins en fin de vie pour maman ou papa, suivant des critères qui sont acceptables à vos yeux, vous allez finir par devoir piger dans vos poches, bien qu'une certaine part puisse vous être accordée au début, mais ce ne sera pas grand chose.

La véritable énigme, c'est de savoir comment la société va régler cette situation, de «A» à «Z»? Ce dont il faut être conscient, c'est que le gouvernement paie environ 70 p. 100 de la facture et que le citoyen, d'une manière ou d'une autre, en assume environ 30 p. 100. Est-ce qu'il devrait y avoir un mécanisme de redistribution qui ferait que les coûts des services des médecins et des hôpitaux seraient établis au même tarif que celui des médicaments et des interventions en fin de vie? Sinon, pour résoudre l'énigme, faut-il ajouter de l'argent pour que les interventions de fin de vie et les médicaments soient couverts intégralement? Avez-vous une solution à proposer?

Mme Roos: Je crois que les solutions se retrouvent dans les données. Vous avez dit que celui qui veut de bons médicaments doit se les payer.

Le président: Un éclaircissement: je crois qu'il a énoncé un fait et non pas présenté une proposition. Le sénateur Keon a dit vrai: la plupart des formulaires provinciaux ne couvrent pas certains des médicaments les plus efficaces, justement parce qu'ils sont coûteux. Ce n'était pas une proposition. Je veux être tout à fait sûr que vous distinguez l'énoncé de la proposition. Il ne faisait que dire la vérité, autant que nous le sachions, en autant qu'elle s'applique à toutes les provinces au Canada. Je suis sûr qu'il peut vous donner des exemples précis de médicaments à ce sujet, si vous le souhaitez.

Mme Roos: Je comprends qu'il existe de nombreuses situations où ce que l'on nous présente comme étant le bon médicament, le médicament qu'il nous faut absolument, ne correspond pas à ce qui, selon les données, représente un médicament tout aussi efficace, mais moins coûteux. L'autre jour, Michael Rachlis a affirmé que, pour traiter son hypertension, il prenait un médicament qui coûte — je ne sais pas si c'est cinq cents ou 50 cents par jour, par opposition à un médicament qui coûte 5 \$ par jour. Certes, cette information existe.

I think there is a line in the report to the effect that, if you have enough money and you want best quality care now, you should go to the States. That is what Canadians do. The number of Canadians who do travel to the States for medical care is very small. That is true even of the wealthiest Canadians.

When you look at end-of-life care, nursing home and home care services —

Senator Keon: If I may interrupt you, I agree that the number of people who travel to America for care is very small. However, those who do go are very wealthy. I have witnessed that first-hand. If patients require endoscopy under general anesthesia, they simply go south.

Dr. Roos: I know. My family is American. They all live in the States. I can give you an example of terrible care delivered to both my father and my mother-in-law. When you examine the data, as group researchers in British Columbia and Ontario have done and count how many people actually go to the States, you do not find that the numbers are anything more than extraordinarily small. It is not the wealthy or the highest income groups that are going to the States. I think you need to incorporate the evidence into this report in order to understand how big a problem it is.

Senator Keon: I would debate that with you very strongly. I have seen no evidence to indicate that wealthy people do not go to America for care.

I am not in favour of the American health care system. I worked in it before I came back to Canada 32 years ago. I have never regretted coming back to Canada. I think our system is wonderful.

However, that is not my point. The point I was trying to make is that we no longer have an equal distribution of funding in the Canadian health care system. We have to find a way of having an equal distribution of funding. How are we to approach that?

Dr. Roos: When I was on the Prime Minister's health forum, we were very concerned about rising drug costs. What was recommended was essentially a pharmacare program to bring drug costs under a single-payer system. That is the most likely way to achieve high quality care at low cost. I think that approach still makes lots of sense.

Senator Keon: Where would the money come from to do that?

Dr. Roos: There is no clear evidence that it is not going to be cheaper to do that over the next 10 years than it will be to pursue any of the other options you have suggested. Certainly, the Canadian system, in fact every system, has been much better at controlling costs than the U.S. system has been. Drug costs is your best example of where you have strong, private sector participation.

Je crois que, à un moment donné, vous dites dans le rapport que si on a suffisamment d'argent et qu'on veut aujourd'hui les soins de la meilleure qualité, on devrait aller aux États-Unis. C'est ce que font les Canadiens. Le nombre de Canadiens qui se rendent justement aux États-Unis pour obtenir des soins médicaux est très faible. Cela vaut même pour les Canadiens les mieux nantis.

Si vous regardez les soins en fin de vie, les services des centres d'accueil et les soins à domicile...

Le sénateur Keon: Si vous permettez que je vous interrompe, j'en conviens: le nombre de personnes qui se rendent aux États-Unis pour obtenir des soins est très faible. Toutefois, ceux qui le font sont très riches. J'en suis un témoin direct. Si les patients ont besoin d'une endoscopie sous anesthésie générale, ils vont simplement aux États-Unis.

Mme Roos: Je sais. Ma famille est américaine. Tous mes parents habitent aux États-Unis. Je peux vous donner un exemple de soins horribles dispensés à mon père aussi bien qu'à ma belle-mère. Quand on examine les données, comme l'ont fait des groupes de chercheurs en Colombie-Britannique et en Ontario, et qu'on dénombre les gens qui vont aux États-Unis, on constate que cela demeure extraordinairement faible. Ce ne sont pas les riches, les groupes à revenu élevé qui vont aux États-Unis. Je crois que vous devez inclure les données à cet égard dans le rapport pour comprendre quelle ampleur a ce problème.

Le sénateur Keon: Je ne suis pas du tout d'accord avec ce que vous dites. Je n'ai vu aucune donnée qui indique que les riches ne vont pas aux États-Unis pour obtenir des soins.

Je ne suis pas en faveur du système de santé américain. J'y ai travaillé avant de venir au Canada il y a 32 ans. Je n'ai jamais regretté être revenu au Canada. Je crois que notre système est merveilleux.

Par contre, ce n'est pas ce que je voulais dire. Ce que je voulais dire, c'est qu'il n'y a plus une répartition égale des fonds dans le système de santé canadien. Nous devons trouver une façon d'avoir une répartition égale des fonds. Comment aborder cette question?

Mme Roos: Au moment où je faisais partie du forum sur la santé du premier ministre, l'augmentation du coût des médicaments nous préoccupait beaucoup. Ce qui a été recommandé, essentiellement, c'est un programme d'assurance-médicaments qui ferait que tous les coûts des médicaments relèveraient d'un seul et unique payeur. C'est la façon la plus vraisemblable d'en arriver à des soins de qualité à peu de frais. Je crois que cette approche a encore aujourd'hui beaucoup de sens.

Le sénateur Keon: D'où proviendrait l'argent pour cela?

Mme Roos: Aucune donnée ne permet d'établir avec certitude que cela ne sera pas moins cher au cours des dix prochaines années que l'une quelconque des autres options que vous avez proposées. Certes, le système canadien — de fait, tout système — a mieux réussi à contrôler les coûts que le système américain. Le coût des médicaments donne le meilleur exemple de la participation solide du secteur privé.

Senator Keon: If I understand you correctly, you are saying that we have to glean efficiencies in the system to cover the areas that we are not funding at the present time. Is that your opinion?

Dr. Roos: I am suggesting that in the pharmacare area particularly there are opportunities for funding. If we move to a national system, which has been recommended by many groups, just as with the medical system, that it is a much better and much more efficient system than the alternatives which you are suggesting. That is what the evidence suggests.

Senator Keon: How did you interpret the alternative I am suggesting? Would you comment on that?

Dr. Roos: What alternative you are suggesting?

Senator Keon: Yes.

Dr. Roos: I see your whole report as suggesting that a continued single-payer driven system, and increasing the number of opportunities for user fees and for private sector alternatives are the options. You have developed those options very clearly in your executive summary as a desirable way to go to control consumer demand and to provide more money in the system.

Senator Keon: Mr. Chairman, I believe our witness can add so much to our discussion that I hope you will allow me to debate with her for a few minutes.

The Chairman: Certainly.

Senator Keon: I am on the public record as saying that the Canadian health care system does not need more money, and that that is not our big problem. Our problem is a maldistribution of money and efficiency of spending. When cornered in a debate, I do not know what to suggest to solve the drug problem and I do not know what to suggest to solve the end-of-life care situation without thinking about more money. I would appreciate it if someone would give me an argument that I can use the next time I am cornered.

The Chairman: We will give Dr. Roos a moment to reflect on that.

Ms Boscoe: The National Working Group on Women and Health Protection, has been considering drugs and drug utilization. I brought for you a report from an international group of physicians called the "No Free Lunch" group.

This group is trying to look at sane and rationale approaches to drug utilization in medical practice. "No Free Lunch" refers to the enormous amounts of money that pharmaceutical companies spend on alleged physician education. I use the word "alleged" because I do not believe that that is true, even though I know they will argue that they are never influenced by the free lunches, the trips and the free packages of drugs. If we look at the Celebrex example and the way it was introduced into the Canadian economy, we will recognize one absolute savings right off the bat.

Le sénateur Keon: Si je comprends bien, vous dites que nous devons aller chercher dans le système même des gains en efficacité pour couvrir les secteurs que nous ne finançons pas en ce moment. C'est bien cela votre opinion?

Mme Roos: Je dis que dans le domaine de l'assurance-médicaments en particulier, il y a des possibilités de financement. Si nous adoptons un système national, ce que nombre de groupes ont recommandé, tout comme c'est le cas pour le système médical, cela donnera un système nettement meilleur et nettement plus efficace que les autres options que vous proposez. C'est ce que portent à croire les données.

Le sénateur Keon: Comment avez-vous interprété la solution que je proposais? Qu'avez-vous à dire là-dessus?

Mme Roos: La solution que vous proposez?

Le sénateur Keon: Oui.

Mme Roos: Votre rapport entier, à mes yeux, prône le maintien du système à payeur unique et propose comme option l'accroissement du nombre de possibilités d'appliquer des droits d'utilisation et de recourir au secteur privé. Dans votre résumé, vous exposez très clairement ces options et les présentez comme une façon souhaitable de contrôler la demande des consommateurs et de renflouer le système.

Le sénateur Keon: Monsieur le président, notre témoin en ajoute tant à la discussion que j'espère que vous allez me permettre de continuer à en débattre avec elle pendant quelques minutes.

Le président: Certainement.

Le sénateur Keon: Le compte rendu officiel le confirme, j'ai déjà affirmé que le système de santé canadien n'a pas besoin de plus d'argent et que ce n'est pas là notre gros problème. Notre problème, c'est une mauvaise répartition de l'argent et un manque d'efficacité dans les dépenses. Si l'adversaire d'un débat me met au défi de le faire, je ne sais pas quoi proposer pour régler le problème des médicaments et je ne sais pas quoi proposer pour résoudre la question des soins en fin de vie, sans imaginer l'injection de sommes d'argent. J'aimerais que quelqu'un me révèle l'argument que je dois employer pour la prochaine fois où je serai pris au piège.

Le président: Nous allons donner à Mme Roos un moment pour réfléchir à cela.

Mme Boscoe: Le National Working Group on Women and Health Protection étudie la question des médicaments et celle de l'utilisation des médicaments. Je vous ai apporté un rapport d'un groupe international de médecins qui se donne pour nom «No Free Lunch».

Ce groupe essaie d'envisager des approches rationnelles de l'utilisation des médicaments dans la pratique médicale. Le terme «New Free Lunch» évoque les sommes d'argent astronomiques que les compagnies pharmaceutiques consacrent prétendument à l'éducation des médecins. Je dis «prétendument» parce que je ne crois pas que cela soit vrai, même si je sais que les médecins vont faire valoir que les repas, les voyages et les échantillons de médicaments gratuits ne les influencent jamais. Si on regarde l'exemple de Celebrex et la façon dont le produit a été introduit

If we had a national formulary and we had had a national evidence-based discussion of that drug, we would have saved enough money to pay for all of our drugs for a long time.

I would propose, and I am not an economist, that these companies should not be allowed to write-off the costs of providing these "free lunches," and that profound disincentives to do this be established through taxation. That money could easily be, and should be, redirected to a pharmacare program, and that you could follow up on some of the suggestions in my brief.

I grew up with the Royal Commission on the Status of Women, the Hastings Report on Healthcare, and the vision of the Canadian public working together to solve problems. That vision has dissipated, and we are working from our worst paranoid fantasy.

I read your report, Senator Kirby, in a very similar way. I read it not because it was not couched in possibilities, but because it was on the agenda at all. I take very seriously as a Canadian the things that we say are on our agenda, and the things we will not allow. It seems that is not to be considered. I see people my age being a group of line jumpers and people who are terrified that the community will not be there for them. We have a responsibility to turn that around, not just for ourselves, but for our children and the generations that come after us. There are possibilities, but it means taking on some of the big interests in our system and reclaiming them. I particularly used the example of taxation.

The Women's Health Clinic exists as a model. We did it inside the system. We did it with hard discussions with our community and debate with consumers. Our clients do not use drugs that are advertised. They have a discussion with us, and they tend to choose cheaper, older, well-proven drugs and systems. If they need interventions, they wait. They are cautious. These things not only protect the financial savings of our system but, ironically, they also improve the health and well-being of patients.

I would ask you to consider the use of fetal monitoring equipment, and the decision to perform lumpectomies, where preferable, instead of mastectomies. These changes come from the input of an educated, involved community. Often, we do not give the Canadian public the space or enough credit to be able to be involved in this debate.

Tax the rich. That is my suggestion.

The Chairman: Dr. Roos, do you want to make any comments to Senator Keon?

dans l'économie canadienne, nous verrons là qu'il y a là des économies absolues dès le départ. Si nous avions un formulaire national et que nous avions eu une discussion nationale fondée sur les faits à propos de ce médicament, nous aurions économisé suffisamment d'argent pour payer tous nos médicaments pendant longtemps.

Je proposerais, et je ne suis pas économiste, que ces entreprises n'aient pas le droit de radier le coût de ces petits cadeaux et que l'on conçoive des mesures profondément dissuasives, par voie fiscale. Ces sommes d'argent pourraient facilement, et devraient facilement, être canalisées dans un programme d'assurance-médicaments, et l'on pourrait faire le suivi de certaines des propositions qui se trouvent dans mon mémoire.

J'ai connu la Commission royale d'enquête sur la situation de la femme, le rapport Hastings sur les soins de santé et la vision que l'on se donnait des membres de la population canadienne travaillant ensemble pour résoudre des problèmes. Cette vision s'est dissipée, et nous travaillons maintenant en fonction du pire de nos fantasmes paranoïaques.

J'ai lu votre rapport, sénateur Kirby, d'une façon très semblable. Je l'ai lu non pas parce qu'il recelait toutes sortes de possibilités, mais parce qu'il figurait au programme. En tant que Canadienne, je prends très au sérieux les choses que nous faisons figurer à notre programme et les choses que nous excluons. Il semble que l'on n'envisage pas cela. Je vois que les gens de mon âge veulent passer devant les autres et je vois des gens qui sont terrifiés à l'idée que la collectivité ne sera pas là pour eux. Nous avons pour responsabilité de renverser la vapeur, non seulement pour nous-mêmes, mais aussi pour nos enfants et les générations qui suivront. Il y a des possibilités, mais cela veut dire qu'il faudra s'attaquer à certains des gros intérêts de notre système et se réapproprier leur champ d'action. J'ai parlé, en particulier, de la fiscalité à cet égard.

La Women's Health Clinic existe en tant que modèle. Nous avons fait cela à l'intérieur du système. Nous l'avons fait en discutant sérieusement avec la collectivité et en ayant un débat avec les consommateurs. Nos clientes ne consomment pas de médicaments pour lesquels on fait de la publicité. Elles ont une discussion avec nous, et elles ont tendance à choisir des systèmes et des médicaments moins chers, plus vieux et éprouvés. Si elles ont besoin d'intervention, elles attendent. Elles sont prudentes. Ces choses servent non seulement à protéger les économies financières de notre système, mais, fait paradoxal, à améliorer la santé et le bien-être des patients.

J'aimerais que vous songiez à l'utilisation de l'équipement de surveillance des fœtus et à la décision de procéder à des tumorectomies du sein, dans les cas où il est préférable de le faire, plutôt qu'à des mastectomies. Ces changements proviennent d'une collectivité éduquée, engagée. Souvent, nous n'accordons pas à la population canadienne l'espace ou le crédit voulu pour prendre part à ce débat.

Faisons payer les riches. Voilà ma proposition.

Le président: Madame Roos, avez-vous des remarques à l'intention du sénateur Keon?

Dr. Roos: I am not sure that I have much to add. Everybody is looking for the magic solution and there is none. Politically, there are some very difficult shoals to be negotiated.

What I would bring to this committee is the comment: Let's make sure we understand the evidence. As to your report, I think your frustration is in some sense reflected in the whole variety of options available. Where is this report directing that attention be paid? My concern is that this is not evidence based. It is playing into this ideological debate around the private sector being the saviour of a system that is failing, and I do not think the system is failing.

Senator Keon: No, I do not think so. I agree with you.

Dr. Roos: That is my concern.

Senator Keon: Thank you, Dr. Roos. I enjoyed our discussion. It was most enlightening, and I carefully listened to what you had to say.

Senator Morin: I would also thank Dr. Roos for appearing before our committee. She is a good friend of mine. I would point out that she is a director at the Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation. Next week at the OECD meeting in Ottawa, that centre, with Dr. Roos director, will be receiving a very prestigious award, the annual award of the Canadian Health Services Research Foundation. That is an annual award given once a year to the organization and its director that has done most to improve the quality of health care delivery in the country. I think it is quite appropriate that she go along with what Senator Keon said earlier on.

One of the reasons, Mr. Chairman, that Dr. Roos refers so often to the American system is that she is an example of the reverse brain drain. She is an American who moved to Canada and is now a Canadian. We are very happy about that. Obviously, she knows the American system as few people do.

My first question relates to the American system. What is your opinion as to the advantage of the American systems that have a co-existence of health care delivery in the public system and health care delivery in the for-profit private care system? Do you have any evidence of the quality of health care delivered in both systems? Do you have any opinion on that?

Dr. Roos: As to quality of care, I do not have any firm evidence on contrast, but there are *New York Times* anecdotal examples of surgeons, who have contracts with a for-profit hospital, sending 20 of their patients for prostatectomy with no prior examination.

In terms of quality, however, I do not know of a comparative study. I found intriguing the studies that suggest private hospitals are no more efficient than public hospitals. In fact, a *New England Journal of Medicine* article compared the efficiencies, cost per patient in public hospitals versus private hospitals. One would expect there to be at least a 10 to 15 per cent profit factor in the

Mme Roos: Je ne suis pas sûre d'avoir grand chose à ajouter. Tout le monde cherche la panacée, mais il n'y en a pas. Politiquement, c'est un chemin très difficile qu'il faudra parcourir.

Ce que j'apporterais au comité, c'est l'observation suivante: assurons-nous de bien saisir les données. Quant à votre rapport, je crois que votre frustration, d'une certaine façon, transparaît dans toute la série d'options énoncées. Selon ce rapport, à quoi faut-il accorder de l'attention? Ma préoccupation, c'est que ce ne soit pas fondé sur les faits. C'est tomber dans la piège du débat idéologique selon lequel le secteur privé serait le sauveur d'un système défaillant; or, je ne crois pas que le système soit défaillant.

Le sénateur Keon: Non, je ne le crois pas non plus. Je suis d'accord avec vous.

Mme Roos: C'est de cela que je me préoccupe.

Le sénateur Keon: Merci, madame Roos. J'ai bien aimé notre discussion. C'était des plus édifiant, et j'ai prêté une grande attention à ce que vous aviez à dire.

Le sénateur Morin: Je tiens aussi à remercier Mme Roos d'être venue comparaître. C'est une bonne amie à moi. J'aimerais signaler qu'elle est directrice du Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba. La semaine prochaine, à la réunion de l'OCDE à Ottawa, ce centre, avec sa directrice, Mme Roos, va recevoir un prix très prestigieux, le prix annuel de la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé. C'est un prix annuel décerné à l'organisation et au directeur qui en ont fait le plus pour améliorer la qualité de la prestation des soins de santé au Canada. Je crois qu'il est tout à fait approprié qu'elle convienne de ce que le sénateur Keon a dit plus tôt.

Monsieur le président, une des raisons pour lesquelles Mme Roos parle si souvent du système américain, c'est qu'elle incarne l'exode des cerveaux, mais en sens inverse. C'est une Américaine qui est venue s'installer au Canada et qui est maintenant canadienne. Nous en sommes très heureux. Visiblement, elle connaît le système américain comme peu de gens le connaissent.

Ma question porte sur le système américain. À votre avis, quel est l'avantage des systèmes américains qui font coexister la prestation des soins de santé dans le système public et la prestation des soins de santé dans le système privé à but lucratif? Avez-vous des données solides quant à la qualité des soins offerts dans les deux systèmes? Avez-vous une opinion là-dessus?

Mme Roos: Pour ce qui est de la qualité des soins, je n'ai pas de données solides sur lesquelles appuyer une comparaison, mais il y a ces exemples anecdotiques de chirurgiens, dont il est question dans le *New York Times*, qui ont des contrats avec un hôpital à but lucratif, et qui envoient 20 de leurs patients pour une ablation de la prostate sans examen préalable.

Pour ce qui est de la qualité, par contre, je n'ai pas connaissance d'une étude comparative. Je suis intriguée par les études qui donnent à penser que les hôpitaux privés ne sont pas plus efficaces que les hôpitaux publics. De fait, dans un article du *New England Journal of Medicine*, on comparait les facteurs d'efficacité, le coût par patient des hôpitaux publics et des

private hospitals, and that maybe accounts for the fact that there is no difference. I then read the fine print in the article, and found that profit had been excluded from the comparison, so one was not more efficient than the other, but the private hospitals were more expensive.

Senator Morin: My second question relates to what Senator Keon was saying earlier. In the Canadian system, at least for hospitals and physicians, we have a single payer and we have a single provider, that is, it is government provided. In the Canadian system which do you think is more important, the single-payer aspect or the single-provider aspect? I know you will probably defend both, but which would you choose if you had a choice?

Dr. Roos: In Manitoba, we have single payer, and we have nursing homes which are operated both by for-profit organizations and by public, not-for-profit organizations. The government decides how many homes they are going to have and sets standards for inspection, et cetera. That seems to be a model which, in the nursing home sector here, has been reasonably effective. I think the single payer is the most important piece of the system.

I recently saw the Auditor General's report in the newspaper where concern was expressed about having a single payer. However, I would point out that you have private clinics and that surgeons run the regional health authorities. There is no monitoring of the referrals to private clinics. I think things are getting very messy. This is being picked up on. I think the single payer is absolutely critical.

The Chairman: Now I am confused. In response to Senator Morin's question, your observation was that there is a part of the health care sector, nursing homes, in which there are some private providers and some public providers. You essentially said that that seems to be working very well.

As I read your report and listened to your earlier comments on the private sector, if that works in nursing homes, why would it not work in clinics or in hospitals? I buy into your single-payer theory. I am not arguing the single-payer question. That makes absolute sense to me. I am trying to understand your response to Senator Morin, in light of all your other comments about the evils of private care.

By the way, can you be precise? You have used the word, "private" in two or three different contexts, and I want to make sure there is a consistency. Does "private" mean provider? All doctors, I think you would agree, are private sector providers. I am trying to understand precisely what "private" means to you, so that we can then know how to interpret some of your comments.

hôpitaux privés. On s'attendrait à ce qu'il y ait un facteur de profit d'au moins 10 à 15 p. 100 dans les hôpitaux privés, ce qui peut expliquer le fait qu'il n'y a pas de différence. Ensuite, j'ai lu les petits caractères. On y disait que les profits avaient été exclus de la comparaison; par conséquent, un n'était pas plus efficace que l'autre, mais les hôpitaux privés étaient plus coûteux.

Le sénateur Morin: Ma deuxième question se rapporte à ce que disait le sénateur Keon plus tôt. Dans le système canadien, du moins pour les hôpitaux et les médecins, nous avons un seul et unique payeur et nous avons un seul et unique fournisseur, c.-à-d. le gouvernement. Dans le système canadien, lequel des deux aspects est le plus important selon vous: l'aspect payeur unique ou l'aspect fournisseur unique? Je sais que vous allez probablement défendre les deux, mais lequel choisiriez-vous si vous aviez le choix?

Mme Roos: Au Manitoba, nous avons un payeur unique et nous avons des centres d'accueil dirigés par des organisations à but lucratif et d'autres par des organisations publiques sans but lucratif. Le gouvernement décide du nombre de centres qu'il y aura et établit les normes d'inspection et ainsi de suite. Cela semble être un modèle qui, dans le secteur des centres d'accueil, ici, s'est révélé assez efficace. Le payeur unique est à mes yeux l'élément le plus important du système.

J'ai lu récemment un article de journal concernant le rapport du vérificateur général. Il y était question des préoccupations nourries à propos du payeur unique. Tout de même, je signale qu'il existe des cliniques privées et que les chirurgiens dirigent les services régionaux de la santé. On n'exerce aucune surveillance de la recommandation des malades aux cliniques privées. Je crois que les choses commencent à s'embrouiller sérieusement. On s'en aperçoit. Je crois que l'élément payeur unique est absolument capital.

Le président: Bon, je suis confus. En réponse à la question du sénateur Morin, vous avez dit qu'il y a un élément du secteur des soins de santé, les centres d'accueil, où il y a à la fois des fournisseurs privés et des fournisseurs publics. Vous avez dit essentiellement que cela semblait très bien fonctionner.

En lisant votre rapport et en écoutant vos observations à propos du secteur privé plus tôt, je me suis posé la question: si cela fonctionne pour les centres d'accueil, pourquoi est-ce que ça ne fonctionnerait pas pour les cliniques ou les hôpitaux? J'adhère à votre théorie du payeur unique. Je ne m'oppose pas à la question du payeur unique. Cela me paraît parfaitement indiqué. J'essaie de comprendre votre réponse à la question du sénateur Morin, à la lumière de toutes les autres observations que vous avez formulées à propos des vices du secteur privé dans le domaine des soins.

Soit dit en passant, pourriez-vous être précise? Vous avez employé le terme «privé» dans deux ou trois contextes différents, et je veux m'assurer que c'est toujours la même chose. Le «privé» qualifie-t-il le fournisseur? Tous les médecins, je crois que vous serez d'accord là-dessus, sont des fournisseurs du secteur privé. J'essaie de comprendre précisément ce que le terme «privé» veut dire selon vous, pour que nous puissions savoir comment interpréter certaines de vos observations.

If it works in one part of the health care sector, would it work in clinics? Would it work in hospitals?

Dr. Roos: I was trying to respond to Senator Morin's specific question: was I aware, and what did I see as most important. I was trying to think of an example of private sector involvement which seems to be working reasonably.

The Chairman: Can that be extrapolated to apply to other parts of the health care delivery system, assuming you are a single payer?

Dr. Roos: From my understanding of the evidence on the private clinics and surgical clinics, and how they worked in Manitoba, with tray fees and surgeons being able to operate in both sectors, there is good evidence that that does not work well.

With regard to user fees, my reaction to your report is no so much an ideological one. I am not saying that private sector care is forever awful. My reaction is to specific examples in your report which collectively involve more private sector type alternatives around medical savings accounts, around user fees.

The Chairman: What does "private sector" mean in the phrase as you are using it? I am puzzled.

Dr. Roos: Bringing in more private funding.

The Chairman: Funding by individuals?

Dr. Roos: In terms of the private sector, private sector clinics are set up.

The Chairman: I am confused. Senator Stratton, go ahead.

Senator Stratton: Dr. Roos, thank you for coming, and thank you, Madeline, for coming.

I am not an expert in this field. As a matter of fact, I am not a regular member of this committee, but because it is being held here in Winnipeg, I thought it important that I attend to find out what Manitobans were thinking.

I am also an advocate of our Canadian health care system, but as we all know, we have some fairly serious problems. I know many pilot projects have been tried in the health care sector, as there have been in other fields.

I recall visiting my daughter in Calgary, a right wing province, as we all know, and she is a worker. She deals with rehabilitation of injured workers for a fairly large company. Her area of responsibility covers Alberta and British Columbia. Of course, her first priority is to make sure the injured worker gets proper care and gets back to work as quickly as possible. I was amazed when she told me that her employer, a private sector company, a publicly traded company, goes directly to private clinics for diagnosis and treatment of their injured workers. That is because

Si cela fonctionne dans une partie du secteur des soins de santé, pourquoi est-ce que cela ne fonctionnerait pas dans les cliniques? Est-ce que cela fonctionnerait dans les hôpitaux?

Mme Roos: J'essayais de répondre à la question particulière du sénateur Morin: avais-je eu la connaissance de... et qu'est-ce que je voyais comme élément le plus important? J'essayais de songer à un exemple de participation du secteur privé où les choses semblaient fonctionner assez bien.

Le président: Peut-on extrapoler cela et l'appliquer à d'autres parties du système de prestation des soins de santé, en présumant qu'il est question d'un payeur unique?

Mme Roos: D'après ce que je sais des données concernant les cliniques privées et les cliniques chirurgicales, et de la manière dont elles fonctionnent au Manitoba, avec l'imposition de frais de fournitures médicales et avec des chirurgiens qui travaillent dans les deux secteurs, il est permis de croire que cela ne fonctionne pas bien.

Pour ce qui est des droits d'utilisation, ma réaction à votre rapport n'est pas réellement idéologique. Je n'affirme pas que le secteur privé est mauvais jusque dans la moelle. Ma réaction concernait les exemples particuliers tirés de votre rapport qui, collectivement, font davantage entrer en jeu des options faisant appel au secteur privé: comptes d'épargne médicale, droits d'utilisation.

Le président: Qu'est-ce que vous entendez par «secteur privé» quand vous employez ce terme? Je suis perplexe.

Mme Roos: Décider de donner plus de place au financement privé.

Le président: Le financement par des particuliers?

Mme Roos: Pour ce qui est du secteur privé, des cliniques du secteur privé sont en train d'être aménagées.

Le président: Je suis confus. Sénateur Stratton, veuillez poser votre question.

Le sénateur Stratton: Mme Roos, merci de venir nous voir et merci, Madeline, d'être venue.

Je ne suis pas un spécialiste de ce domaine. De fait, je ne suis pas un membre officiel du comité, mais comme l'audience a lieu à Winnipeg, j'ai cru qu'il était important d'y assister pour découvrir ce que pensent les Manitobains.

Je défends moi aussi notre système de santé canadien, mais comme nous le savons tous, nous sommes aux prises avec des problèmes assez graves. Je sais combien de projets pilotes ont été mis à l'essai dans le secteur de la santé, tout comme dans d'autres secteurs.

Je me souviens d'avoir rendu visite à ma fille à Calgary, une province de droite, comme nous le savons tous. Elle est travailleuse. Elle s'occupe de la réadaptation des travailleurs blessés dans une entreprise d'assez grande taille. Son champ de responsabilité couvre l'Alberta et la Colombie-Britannique. Bien sûr, sa tâche première consiste à s'assurer que le travailleur blessé obtient les soins voulus et qu'il revient au travail le plus rapidement possible. J'ai été ébahi d'apprendre de sa part que son employeur, entreprise du secteur privé, cotée en bourse, s'adresse

the diagnosis time and treatment time is shortened not by days but by as much as four to six weeks. It brings an injured worker back to a healthy position and back to work in a much shorter period of time.

Ever since she told me that, it has really bothered me, because I feel that perhaps the private sector, meaning publicly traded companies or private companies, should be providing this for their injured workers. If it speeds up their recovery and gets them back to work quicker, why not? Surely we should be willing to try such experimentation. If it seems to be working for her particular company, then why should we not try it?

I admit that this is hearsay evidence. I have no concrete evidence. I can only rely on what she has told me. I see no reason for her to stretch the truth, as it were.

Ms Boscoe: I could use the example of my own agency in that we run a specialized service in the public system. I think of our agency as being part of the public system, though incorporated as a not-for-profit organization. Our funding comes from a single payer, except for a few donations. I can confidently say that, if you have an unplanned pregnancy, we can see you within two to three days, unlike a regular doctor, because our system is set up to deliver those specialized services.

Although I am not an expert in evaluation, my experience with some of the workers' clinics in other parts of the country they have to do with the grouping of individuals whose mandate and mission is to serve that population. I do not think it is particularly because it is for profit.

The for-profit question raises other problems that we have talked about already today. The concept of specializing and having committed staff who take up special issues I think is a good one. It is difficult for all of us all to be generalists. As you know, here in Manitoba we had the horrible experience of not being specialized enough in pediatric cardiac surgery. We know it is important to specialize. I think those models can work.

Dr. Roos: How do we do a better job of getting people who need surgery, who need a diagnostic test to that test when they need it? My recommendation is to do, as we do in Manitoba with MRI screening, which is one of the most costly screening procedures. We have a wonderful head of radiology who has developed a series of criteria which ensure that people who need that test first, get it first. Waiting times are very short. If it is an elective situation, that is, if it does not meet an evidence-based assessment of when a test will make a difference to that patient, then doctors are not encouraged, in fact, they are not allowed to refer. Therefore, waiting times are kept short.

directement à des cliniques privées pour le diagnostic et le traitement des travailleurs blessés. C'est parce que cela permet de réduire le délai de diagnostic et de traitement non pas de quelques jours, mais de quatre à six semaines. De ce fait, le travailleur blessé se rétablit et revient au travail dans un délai beaucoup plus court.

Depuis qu'elle m'a raconté cette histoire, cela me tracasse beaucoup, car j'estime que, peut-être, le secteur privé, et par là j'entends les compagnies privées ou les compagnies cotées en bourse, devrait s'occuper de leurs travailleurs blessés. Si cela accélère le rétablissement et les remet au travail plus rapidement, pourquoi pas? Visiblement, nous devrions être prêts à essayer de telles expériences. Si cela semble fonctionner pour son entreprise particulière à elle, alors pourquoi ne pas l'essayer?

J'admets que cela relève de l'anecdote. Je n'ai pas de données concrètes. Je ne peux que me fier à ce qu'elle a dit. Tout de même, je ne vois pas pourquoi elle aurait exagéré.

Mme Boscoe: Je pourrais donner l'exemple de l'organisme où je travaille moi-même: nous offrons un service spécialisé à l'intérieur du système public. Je considère que notre organisme fait partie du système public, même s'il est constitué comme société sans but lucratif. Notre financement provient d'une seule source, exception faite de quelques dons. Je peux dire avec confiance qu'en cas de grossesse indésirée, nous pouvons vous accueillir dans deux ou trois jours, contrairement à ce que peut faire un médecin ordinaire, parce que notre système est conçu pour prendre en charge des services spécialisés comme ceux-là.

Je ne suis pas une spécialiste de l'évaluation, mais si je comprends bien comment fonctionnent les cliniques pour travailleurs ailleurs au pays, il s'agit d'un groupement de personnes dont le mandat et la mission consistent à servir la population. Je ne crois pas que le but lucratif ait un effet particulier.

La question du but lucratif soulève d'autres problèmes dont nous avons déjà parlé aujourd'hui. La notion de spécialisation et le fait de pouvoir compter sur un personnel dévoué qui prend en charge des projets spéciaux me semblent être un bon exemple. Il est difficile pour nous d'être des généralistes. Comme vous le savez, ici, au Manitoba, nous avons connu l'expérience horrible de n'être pas suffisamment spécialisés en chirurgie cardiaque chez les enfants. Nous savons qu'il importe de se spécialiser. Je crois que ces modèles peuvent fonctionner.

Mme Roos: Comment mieux faire le travail qui consiste à faire en sorte que les gens qui ont besoin d'une intervention chirurgicale, qui ont besoin d'un test de diagnostic obtiennent ce qui leur faut au moment où ils en ont besoin? Ma recommandation, c'est de faire, comme nous le faisons au Manitoba dans le cas du dépistage au moyen de l'imagerie par résonance magnétique, une des épreuves de dépistage les plus coûteuses. Nous avons un merveilleux chef de la radiologie qui a mis au point une série de critères permettant de s'assurer que celui qui a besoin du test en premier l'obtient en premier. Les temps d'attente sont très courts. S'il s'agit d'une chirurgie élective, c'est-à-dire si la personne ne répond pas au critère rigoureux selon lequel le test fera vraiment une différence, les médecins ne sont pas encouragés,

In contrast to other areas where there is no organized screening of patients, waiting times and waiting lists can grow completely out of proportion. When you analyse the indications of patients on those lists, you will realize that we should be organizing it better, and that we could do it cheaper. We are doing things that we should not be doing.

Senator Stratton: Would you not be willing to allow private sector companies to go to private sector clinics to have their injured workers treated, if the example in Alberta is true, and I think it is — I do not think my daughter would fib to me — and use that as a pilot project to determine whether that would relieve the system of a tremendous burden? The insurance companies that insure these workers, including the workers' compensation boards, are quite willing and prepared to do that. Why would we not try that?

Dr. Roos: I think you are making the assumption about health care that health is a commodity similar to other things we buy. It is different.

Calgary is a major centre for private care in Alberta, but waiting times for cataract surgery in Calgary are much longer than any other area of the province. Having more private clinics does not reduce the waiting time.

With private clinics you have increased advertising, you have demand generation, and you create a bigger problem for individuals who are using the public sector than they had when they started out. I am afraid there is good evidence that that is not a solution which anybody who understands how the system will work under those circumstances would want.

Senator Stratton: You would not be willing to try it even as a pilot project.

Dr. Roos: There have been pilot projects that have evaluated this type of access to care.

Senator Stratton: I am talking specifically about injured workers. I am talking about the private sector becoming involved to get those people back to work much earlier than they are now. Why not?

Dr. Roos: I am suggesting you create city-wide, evidence-based waiting times for all procedures. That will solve your problem.

In the case of Ontario where you have a cardiac care network, thoughtful physicians have looked at the waits and at the types of patients waiting for those procedures and they, as I understand it, have been very effective in encouraging the government to put more funding into an area where they have demonstrated that more services are necessary.

I would like to see evidence that what is going on in the system now cannot be directly improved, with access also being directly improved.

de fait ils ne sont pas autorisés à faire une recommandation. Les temps d'attente demeurent donc très courts.

Par contre, dans les secteurs où il n'y a pas de tri organisé des patients, les temps d'attente et les listes d'attente peuvent prendre des proportions incroyables. Si vous analysez les indications des patients qui figurent sur ces listes, vous prendrez conscience du fait que nous devons mieux organiser cela et que nous pourrions le faire à moindres frais. Nous faisons des choses que nous ne serions pas censés faire.

Le sénateur Stratton: Ne seriez-vous pas prêt à permettre à des entreprises du secteur privé de s'adresser à des cliniques du secteur privé pour faire traiter leurs travailleurs blessés, si l'exemple de l'Alberta est vrai, et je crois qu'il l'est — je ne crois pas que ma fille me mentirait — et que l'on mène un projet pilote à ce sujet pour déterminer si cela permettrait d'ôter au système un fardeau énorme? Les compagnies d'assurance qui assurent les travailleurs en question, y compris les commissions des accidents du travail, sont tout à fait prêtes à le faire. Pourquoi ne pas essayer cela?

Mme Roos: Je crois que vous présumez que les soins de santé sont une marchandise à la manière d'autres choses que nous achetons. Or, c'est différent.

Calgary est un grand centre pour les soins privés en Alberta, mais les temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte y sont nettement plus longs qu'ailleurs en Alberta. Le fait d'avoir un plus grand nombre de cliniques privées ne réduit pas le temps d'attente.

Avec les cliniques privées vient une publicité plus importante, la génération d'une demande, et un plus grand problème pour les personnes qui utilisent le secteur public qu'au départ. Je crains que des données assez solides ne montrent que ce n'est pas là une solution, pour quiconque comprend comment le système fonctionnerait dans de telles circonstances.

Le sénateur Stratton: Vous ne seriez même pas prêt à l'essayer comme projet pilote?

Mme Roos: Il y a déjà eu des projets pilotes qui ont visé à évaluer ce genre d'accès aux soins.

Le sénateur Stratton: Je parle spécifiquement du cas des travailleurs blessés. Je parle de l'éventualité que le secteur privé mette la main à la pâte pour que ces gens reviennent au travail plus rapidement que c'est le cas à l'heure actuelle. Pourquoi pas?

Mme Roos: Je propose que vous conceviez un système général et rigoureux pour établir les temps d'attente appliqués à l'ensemble des interventions. Cela réglerait votre problème.

Dans le cas de l'Ontario, où il y a un réseau de soins cardiaques, des médecins réfléchis auront étudié les temps d'attente et les types de patients qui attendent d'être opérés et, si je comprends bien, ils ont très bien réussi à encourager le gouvernement à investir des sommes d'argent là où ils ont démontré qu'il fallait un plus grand nombre de services.

J'aimerais qu'on me dise pourquoi ce qui se passe à l'intérieur du système ne peut être amélioré directement, avec aussi une amélioration directe de l'accès.

The Chairman: I would add an aside on the subject of workers' compensation boards. I cannot deal with the Alberta example, and I do not know the details of Manitoba, but I know most of the other provinces. Workers' compensation boards generally operate the only two-tiered system allowed under the Canadian Health Act, in the sense that, if you are injured under the Workers' Compensation Act, you immediately go to front of the line. In some provinces they actually have acute care beds set aside for workers' compensation patients. Indeed, in provinces that cap physicians' fees, fees that physicians receive for treating workers' compensation patients are not included in the cap.

I have never gotten into this discussion with governments of certain political stripes, but it would be interesting to understand how they squared the position in their province on workers' compensation with the position stated more generally.

Senator Pépin: Ms Boscoe, I would welcome you and congratulate you on the wonderful work you have been doing at the Women's Health Clinic. You have been involved in that for many years. We now have many other women's health clinics across the country, and I think that is a positive step forward. I am glad you took this opportunity to make your presentation to this committee.

Does your clinic deal with the prevention of illness as well as the treatment of illness? I apologize for missing part of your presentation. When I came into the room you were speaking about young women with coloured hair who play loud music. What work does your clinic do?

Ms Boscoe: I have given you a copy of our annual report.

Our philosophy is very much one of health promotion and population health, and we see the care that we provide to women as a continuum. We do not provide surgical beds or anything like that. It is all primary care and ambulatory care. I might also add, though, that our philosophy is one of trying to put back or to normalize. That is much of what we do. For example, people with sexually transmitted diseases could go simply consult our doctor, but because we are committed to encouraging people to think that reproductive health is a normal part of life, they are offered an opportunity to meet with our volunteer counsellors. That gives them an opportunity to sit and talk for two or three hours about their lives. They get a lot of health education and information. Sometimes they do not even see a doctor or a nurse, because that information is enough is adequate for them. It is very much health promotion and education, and it is a primary care interaction.

The same situation applies to our disordered eating and weight preoccupation. We see a lot of young women who, in a psychiatric diagnosis, would be considered to be bulimic, but because we try

Le président: J'aimerais poser une question complémentaire au sujet des commissions des accidents du travail. Je ne peux vous aider avec l'exemple de l'Alberta, et je ne connais pas tous les détails dans le cas du Manitoba, mais je connais la plupart des autres provinces. Les commissions des accidents du travail appliquent généralement le seul système à deux vitesses permis par la Loi canadienne sur la santé, car une personne dont l'état est visé par la Loi sur les accidents du travail passe immédiatement avant les autres. Dans certaines provinces, on réserve même des lits pour soins actifs pour les accident  s du travail. Dans les provinces où l'on plafonne les honoraires de médecins, les honoraires que les médecins touchent pour le traitement d'accident  s du travail ne sont pas compris dans l'application du plafond.

Je n'ai jamais discuté de cette question avec des gouvernements ayant certaines allégeances politiques, mais il serait intéressant de savoir comment ils ont établi la position de leur commission des accidents du travail en énonçant une position plus générale.

Le sénateur Pépin: Madame Boscoe, je tiens à vous souhaiter le bienvenue et    vous féliciter du merveilleux travail que vous faites à la Women's Health Clinic. Vous vous consacrez à la clinique depuis de nombreuses années. Nous avons maintenant de nombreuses autres cliniques de santé pour femmes partout au pays, et je crois que c'est un important pas en avant. Je suis heureuse que vous ayez tiré davantage de cette occasion de témoigner devant le comité.

Votre clinique se charge-t-elle autant de la prévention que du traitement de maladies? Je m'excuse d'avoir manqué une partie de votre exposé. Lorsque je suis entrée, vous parliez de jeunes femmes aux cheveux teints qui font jouer de la musique à tue-tête. Que fait votre clinique?

Mme Boscoe: Je vous ai remis un exemplaire de notre rapport annuel.

Notre philosophie est fortement axée sur la promotion de la santé et sur la santé de la population, et nous percevons les soins que nous dispensons aux femmes comme un continuum. Nous n'offrons pas de lits de chirurgie ou d'autres choses similaires. Nous ne dispensons que des soins primaires et ambulatoires. J'ajouterais, cependant, que notre philosophie consiste à favoriser le rétablissement ou la régularisation. C'est une part importante de ce que nous faisons. Par exemple, une personne atteinte d'une maladie transmise sexuellement pourrait se contenter de consulter notre médecin, mais, en raison de notre engagement à encourager les gens à voir l'hygiène de la reproduction comme une partie normale de la vie, nous leur offrons l'occasion de rencontrer l'une de nos conseillères bénévoles. Cela leur donne l'occasion de s'asseoir et de parler de leur vie pendant deux ou trois heures, et d'acquérir beaucoup de connaissances sur la santé. Parfois, il leur arrive même de ne même pas voir un médecin ou une infirmière, car cette information leur suffit. Il y a donc une grande part de promotion de la santé et d'éducation, et cela s'inscrit dans les interactions de soins primaires.

Nous appliquons la même démarche lorsqu'il s'agit d'«alimentation troubl  e» et de préoccupations avec le poids. Nous voyons beaucoup de jeunes femmes qui, dans un cadre psychiatrique,

not to deal with things as a pathology and to interfere with the power control discussions that are going on, we talk about disordered eating and weight preoccupation and bring those women into dialogue with women who are involved in cyclical dieting and other kinds of behaviour. They are not seen as pathogenic. We try to do things differently.

Senator Pépin: What is the average age of the women you see?

Ms Boscoe: Their ages vary from 12 to about 70. We see women of all ages. We have to turn away about 1,000 women a month. They want to see us but they cannot. They come in to see our volunteer counsellors. I am not just talking about women having consultations with our doctors. I believe Canadian women and men are hungry for a new alternative, that they are not dependent on doctors, and that they do not need to see clinical nurse specialists.

Senator Pépin: It sounds like good teamwork.

Ms Boscoe: Our people just love it.

Senator Pépin: Earlier you said that some women who ask for a consultation at your clinic decide not to go ahead with an intervention.

Ms Boscoe: Yes.

Senator Pépin: What kind of intervention are you speaking of?

Ms Boscoe: For example, we have run a large menopause and mature women's education program. Instead of women seeing our physicians in a one-to-one consultation, once every two months we run a menopause clinic where women can talk to our educators and learn everything they want to learn about menopause. Many women do not know if they should fill their prescriptions for hormone replacement therapy. They are unsure about whether they should be taking that medication. We take them through everything. We talk about what they should do if they want to be well when they are old. We talk about pension plans. We talk to them about the pros and cons of hormone replacement therapy, and the need for education.

On review with our doctors, we find that most of those women do not need hormone replacement therapy as much they need an exercise program. They need a place to talk about aging and wellness and what it is going to be like for them as 70 year olds. Once that information is given to them, medical interventions are not as necessary.

Similarly, with fetal monitoring equipment during pregnancy, our midwives are very good at alternative pain management, the need for movement in pregnancy, and how to be assertive enough in the hospital so they do not put you in bed.

seraient considérées comme boulimiques, mais puisque nous tentons de ne pas aborder ces choses comme des pathologies et de ne pas nous mêler aux discussions internes touchant le pouvoir et le contrôle, nous parlons d'«alimentation troublée» et de préoccupations avec le poids, et nous amenons ces femmes à dialoguer avec des femmes qui s'adonnent de façon cyclique à des diètes ou qui affichent d'autres types de comportement. Elles ne sont pas perçues comme malades. Nous tentons de faire les choses différemment.

Le sénateur Pépin: Quelle est la moyenne d'âge des femmes qui viennent vous consulter?

Mme Boscoe: Nous recevons des femmes âgées de 12 à environ 70 ans. Nous en voyons de tous les âges. Nous devons refuser environ 1 000 femmes par mois. Elles veulent nous voir, mais elles n'en ont pas la possibilité. Elles viennent pour rencontrer nos thérapeutes bénévoles. Je ne parle pas uniquement de femmes qui consultent nos médecins. Je crois que les femmes et les hommes du Canada veulent de nouvelles solutions, qu'ils ne dépendent pas des médecins et qu'ils n'ont pas besoin de rencontrer nos infirmières cliniciennes spécialisées.

Le sénateur Pépin: On dirait du bon travail d'équipe.

Mme Boscoe: Notre équipe adore ça.

Le sénateur Pépin: Plus tôt, vous avez dit que certaines femmes qui demandent une consultation dans votre clinique décident de ne pas aller de l'avant avec une intervention.

Mme Boscoe: Oui.

Le sénateur Pépin: De quel type d'intervention parlez-vous?

Mme Boscoe: Par exemple, nous avons mis en oeuvre un important programme d'éducation pour les femmes d'un certain âge, qui porte, entre autres, sur la ménopause. Au lieu d'inviter les femmes à rencontrer nos médecins à l'occasion d'une consultation en tête-à-tête, nous leur offrons, tous les deux mois, un atelier sur la ménopause, au cours de laquelle les femmes peuvent parler à nos éducatrices et apprendre tout ce qu'elles veulent apprendre sur la ménopause. De nombreuses femmes ne savent pas si elles devraient se plier à l'hormonothérapie substitutive. Elles ne sont pas certaines de devoir prendre ces médicaments. Nous leur expliquons tout. Nous leur parlons de ce qu'elles devraient faire pour vieillir en santé. Nous leur parlons des régimes de pension. Nous leur parlons des avantages et des désavantages de l'hormonothérapie substitutive, et du besoin d'information à cet égard.

En revoyant les dossiers avec nos médecins, nous constatons que la plupart de ces femmes ont davantage besoin d'un programme d'exercices que d'hormonothérapie substitutive. Elles ont besoin d'un endroit où elles peuvent parler de vieillissement et de mieux-être, et de comment elles se sentiront à 70 ans. Lorsque cette information leur est fournie, l'intervention médicale n'est pas aussi nécessaire.

Dans le même ordre d'idées, nos sages-femmes, qui sont dotées d'équipement de surveillance du fœtus, sont très bonnes pour trouver d'autres moyens de soulager la douleur, insister sur le besoin de demeurer active pendant la grossesse et montrer

Am I helping you here?

Senator Pépin: Yes. I understand you to say that you are educating them about what to do so that they will not suffer from hot flashes.

Ms Boscoe: Yes.

Senator Pépin: We all know that home care is essential. Are the individuals most involved in home care women?

Ms Boscoe: Absolutely.

Senator Pépin: You mentioned that there is a need for financial support to provide for informal caregiving, and we will consider that. Currently these people receive no income. They quit their jobs, and they have no other income. When they want to resume their jobs, often their job is no longer available, and they cannot find another one.

Ms Boscoe: I totally agree that we should address that. A wage or some other way of supporting family members has been raised with the disability community. Women are at home with disabled children who need a lot of care. In fact, women have quit their jobs to do this. They struggle with the decision of whether to stay in the paid sector, where they have some benefits and some pension, or hire somebody to provide care.

This is a good example of a population health approach that needs interdepartmental planning. It is also a taxation issue or an income supplement issue. It is not often raised in health delivery circles.

When we do roll out home care, we need to think of a system that reflects the spectrum of health home care needs. As I mentioned earlier in my brief, many women are picking up nursing services because of early discharge, and they are doing that because many are nurses, and because there is a natural assumption that they will figure it out when they get home, whatever it is. It causes a lot of anxiety and concern, and people are afraid to leave their providers alone, which is why we think family leave programs, in the form of legislation, should be put into place. Many unions are negotiating these things for workers, but too often that means those most vulnerable, those who are not in unionized positions, have no protection.

Senator Pépin: Over a year ago, a Senate committee, chaired by Senator Carstairs, published a report on palliative care. One of the recommendations of that committee was that we look after those persons who leave their jobs to look after a family member. Hopefully we can address that issue.

comment s'affirmer pour qu'on ne nous mette pas au lit à l'hôpital.

Est-ce que ma réponse vous aide?

Le sénateur Pépin: Oui. Je crois comprendre que vous informez les femmes d'un certain âge afin qu'elles sachent quoi faire pour ne pas ressentir des bouffées de chaleur.

Mme Boscoe: Oui.

Le sénateur Pépin: Nous savons tous que les soins à domicile sont essentiels. Peut-on affirmer que les personnes qui participent le plus aux soins à domicile sont des femmes?

Mme Boscoe: Certainement.

Le sénateur Pépin: Vous avez mentionné qu'il faut consentir de l'aide financière pour dispenser des soins informels, et nous envisageons cette possibilité. À l'heure actuelle, les personnes qui dispensent de tels soins ne touchent aucun revenu. Elles quittent leur emploi et n'ont aucun autre revenu. Bien souvent, leur emploi n'est plus disponible lorsqu'elles tentent d'y retourner, et elles ne peuvent en trouver un autre.

Mme Boscoe: Je suis tout à fait d'accord, nous devrions nous pencher sur cette question. D'ailleurs, les gens oeuvrant dans le milieu de l'invalidité ont soulevé le besoin d'offrir un salaire ou une autre forme d'aide financière pour soutenir les membres de la famille. Des femmes sont à la maison avec des enfants handicapés qui ont besoin de beaucoup de soins. De fait, certaines femmes ont quitté leur emploi pour le faire. Elles doivent donc décider si elles gardent leur emploi, qui s'assortit aussi d'avantages sociaux et d'une pension de retraite, et d'embaucher quelqu'un pour dispenser les soins.

C'est un bon exemple de démarche en matière de santé de la population qui suppose une planification interministérielle. Cet enjeu concerne aussi la fiscalité, ou la possibilité d'un supplément de revenu. Cette question n'est pas soulevée souvent dans le milieu des soins de santé.

Lorsque nous lancerons un régime de soins à domicile, nous devons veiller à ce qu'il reflète toute la gamme des besoins en matière de soins de santé à domicile. Comme je l'ai mentionné dans mon mémoire, de nombreuses femmes mises à pied se lancent dans les services de soins infirmiers, et, puisque nombre d'entre elles sont des infirmières, on tient pour acquis qu'elles sauront quoi faire lorsqu'elles arriveront sur les lieux, quelle que soit la situation. Cela cause beaucoup d'anxiété et de préoccupations, et les gens ont peur de laisser les fournisseurs de soins seuls. C'est pourquoi nous croyons qu'il faudrait adopter une loi pour créer des programmes de congés familiaux. De nombreux syndicats négocient de tels programmes pour leurs travailleurs, mais, trop souvent, cela signifie que les plus vulnérables, c'est-à-dire les personnes qui ne sont pas syndiquées, ne sont pas protégées.

Le sénateur Pépin: Il y a plus d'un an, un comité sénatorial, présidé par le sénateur Carstairs, publiait un rapport sur les soins palliatifs. Ce comité recommandait, entre autres, qu'on se charge des personnes qui quittent leur emploi pour prendre soin d'un membre de leur famille. J'espère que nous pourrions nous pencher sur cette question.

Ms Boscoe: I am there for you.

Senator Pépin: Thank you very much.

The Chairman: May I thank the two of you for coming. It has been a most fascinating hour and one-quarter.

Our next witness is Dr. Paul Henteleff, Chair of the Advocacy Committee of Hospice and Palliative Care Manitoba.

Dr. Henteleff, for the purposes of our Hansard reporters, could you please identify the other two people with you and then proceed to your opening statement.

Dr. Paul Henteleff, Chair, Advocacy Committee, Hospice and Palliative Care Manitoba: Thank you for the opportunity to be here. The presentation that we are circulating identifies all the members of our delegation.

I think it is quite obvious that this is Margaret Clarke, our executive director, and Dr. John Bond, a member of the Advocacy Committee. Some opportunities are more equal than others.

I would just like to make sure that we identify that Hospice and Palliative Care Manitoba is a volunteer-based charitable association that champions and promotes the availability and accessibility of quality end-of-life care and bereavement services for all Manitobans. We do this through processes of education, information, advocacy, and support to service delivery.

We have a staff of nine that is a paid staff and a volunteer component of 400 participants. Our budget is \$300,000 annually, and we operate with no government support.

The vision that we have is that these services throughout Manitoba will be comprehensive, coordinated, accessible, and of the highest quality for individuals, for their family members and the friends who are with them when there is a terminal illness or bereavement.

Given the quite short notice to prepare for this meeting, we will be rather brief and have not been able to prepare supporting documents.

We intend to focus particularly on chapter 8, which has within it proposals regarding the provision of prescription drugs and of home care, and there are some proposals in relation to home caregivers. Our perspective will be from that of palliative care.

Before we get into that, though, we have some general observations that are less specific. Our sense is that funding considerations have dominated the discussion in the paper as it is in its present form. We realize that increasing costs of health care have precipitated some of the review, but from our preference the discussion should begin with firm establishments of principles, and then working out how much can you afford to do to meet those principles.

More specifically, we are struck that the term "medical necessity" is a principle in the Canada Health Act, and note with agreement that chapter 8.2.1 demonstrates that the principle

Mme Boscoe: Je suis à votre disposition.

Le sénateur Pépin: Merci beaucoup.

Le président: Je vous remercie toutes les deux de votre présence. Les 75 dernières minutes ont été fascinantes.

Notre prochain témoin est M. Paul Henteleff, président du comité de défense des intérêts de Hospice and Palliative Care Manitoba.

Monsieur Henteleff, pour aider nos sténographes du Hansard, je vous prierais de bien vouloir identifier les deux personnes qui vous accompagnent avant de procéder à votre exposé.

M. Paul Henteleff, président, Comité de parrainage, Hospice and Palliative Care Manitoba: Je vous remercie de me donner l'occasion de témoigner aujourd'hui. Le mémoire que nous vous distribuons présentement identifie tous les membres de notre délégation.

Vous avez sûrement compris qu'il s'agit de Margaret Clarke, notre directrice générale, et de John Bond, membre du comité de défense des intérêts. Certaines occasions sont plus égales que d'autres.

Je tiens seulement à souligner que Hospice and Palliative Care Manitoba est une association caritative bénévole qui milite pour la disponibilité et l'accessibilité de services aux personnes en fin de vie et aux personnes en deuil, partout au Manitoba. À cette fin, nous exerçons des activités de sensibilisation, d'information, de défense des intérêts et de soutien de la prestation de services.

L'organisme compte neuf employés rémunérés et 400 bénévoles. Nous disposons d'un budget annuel de 300 000 \$, et nous ne touchons aucune aide gouvernementale.

La vision de notre organisme consiste à offrir, à l'échelle de la province, des services étendus, coordonnés, accessibles et de qualité optimale aux personnes qui sont en phase terminale ou aux parents et amis qui sont en deuil.

Puisque nous avons eu peu de temps pour préparer cette rencontre, notre témoignage sera plutôt bref et ne s'assortira d'aucune documentation justificative.

Nous nous attacherons particulièrement au chapitre 8, qui s'assortit de propositions relatives à l'offre de médicaments d'ordonnance et de soins à domicile, ainsi que de propositions concernant les fournisseurs de soins à domicile. Notre exposé s'attachera aux soins palliatifs.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, par contre, nous présenterons quelques commentaires généraux qui sont moins spécifiques. Nous estimons que, sous sa forme actuelle, le document met surtout l'accent sur les questions touchant le financement. Nous comprenons que les travaux du comité ont été accélérés par l'accroissement du coût des soins de santé, mais nous estimons qu'il serait préférable d'établir des principes fermes, et de déterminer ensuite ce que nous avons les moyens de faire pour respecter ces principes.

Plus spécifiquement, nous sommes étonnés de constater que le terme «nécessité médicale» est un principe énoncé dans la Loi canadienne sur la santé, et nous sommes d'accord avec le

appears to have very limited useful application. We believe that a process to make medical necessity applicable is needed to define medical necessity. If that cannot be done, some other principle or criteria has to be worked out to decide what is and what is not included in coverage under the Canada Health Act.

I would just like to go aside from our written material at this point and note that the previous presenters gave some very clear examples of individual instances in which a system of prioritization was established in order to deal with problems of waiting lists. It would appear that there are limited examples of medical necessity being worked out with criteria that are effective and beneficial, and we think that should be expanded.

To go back to the paper that we have submitted, the document has a strong focus on consumers of a service industry, and our sense is that this may not be compatible with the term medical necessity. In what other example of consumerism is there an external judge of necessity? I think that intrinsic conflict between the two principles has to be taken into consideration.

Again, on the general questions of the whole paper, we are struck that we found no reference to one of the usual principles that is stated, that is, the free choice of provider. That principle is not referred to at any point that we could identify.

The particular areas that we wanted to cover are, first, prescription drugs and subsequently, home care. We are very pleased to see that attention is being given to recognizing that drug costs can be a burden. The principle of a national drug formulary with the associated research appears to us to be a very positive step, one that we are pleased to see.

We have some concern that although a national drug buying agency sounds like a valuable proposal for the efficiencies it may simply elaborate the amount of bureaucracy needed to operate it and thus may lose whatever benefits its buying power could give. We do not know about the certainty of that; we just raise the question.

It is difficult to evaluate the various drug plan options with the limited time we had at our disposal. However, we would like to point out that, in the case of people with terminal illness, any plan to reduce the financial burden must be effective immediately. A plan based on tax credits is not useful, because it is delayed into a subsequent year, at which point the potential beneficiary may not even be alive.

Any plan based on deductibles has similar limitations. From our experience in Manitoba, since the deductible for the pharmacare program is based on the previous year's income, and since terminal illness is commonly associated with inability to work and loss of income, the promised benefits from that method of relating the costs of drug care would be delayed until too late.

chapitre 8.2.1, qui montre que ce principe semble avoir une application utile très limitée. Nous croyons qu'il faut créer un processus favorisant l'applicabilité de la nécessité médicale avant de définir la nécessité médicale. Si on ne peut y arriver, il faut adopter d'autres principes ou critères pour déterminer ce qui devrait ou ne devrait pas être visé par la Loi canadienne sur la santé.

J'aimerais seulement délaissier le sujet de notre exposé pour un instant, et souligner que les témoins précédents ont soulevé des exemples très clairs de situations où un système de priorités a été établi en vue de résoudre les problèmes liés aux listes d'attente. Il semble qu'il existe peu d'exemples de définition de la nécessité médicale s'assortissant de critères efficaces et avantageux, et nous croyons qu'il faudrait en trouver d'autres.

Revenons au mémoire que nous avons présenté: le document insiste fortement sur la notion de consommateur dans une industrie de services, et nous n'avons pas l'impression que cela est compatible avec la notion de nécessité médicale. Dans quelle autre situation de consommation trouve-t-on un juge externe de la nécessité? Je crois qu'il faut tenir compte du conflit intrinsèque entre ces deux principes.

Une autre observation générale à l'égard de l'ensemble du document tient à notre étonnement devant l'occultation de l'un des principes généralement énoncés, c'est-à-dire le libre choix du fournisseur. Nous n'avons cerné aucune référence à cet aspect.

Les aspects particuliers que nous souhaitons aborder sont, premièrement, les médicaments d'ordonnance, et, deuxièmement, les soins à domicile. Nous sommes très heureux de constater que l'on reconnaît que le coût des médicaments peut constituer un fardeau. Le principe consistant à établir un formulaire pharmaceutique national avec les recherches connexes nous semble être comme une étape très positive, et nous nous en réjouissons.

Même si la création d'un organisme national d'achat de médicaments jouissant d'un excellent pouvoir d'achat semble être une proposition valable, mais nous craignons que l'appareil administratif nécessaire au fonctionnement d'un tel organisme ne mine les retombées économiques que l'organisme occasionnerait. Nous ne sommes pas certains de ce que nous avançons, nous ne faisons que soulever la question.

Compte tenu du peu de temps dont nous disposons, il serait difficile d'évaluer les divers régimes d'assurance-médicaments possibles. Cependant, nous aimerions signaler que, dans le cas de personnes atteintes de maladies terminales, tout régime visant à réduire le fardeau financier doit s'appliquer sur-le-champ. Un régime offrant des crédits d'impôt ne serait pas utile, car les crédits s'appliquent au cours de l'exercice suivant, au cours duquel le bénéficiaire éventuel ne sera peut-être même pas vivant.

Tout régime fondé sur des franchises prête le flanc aux mêmes critiques. À la lumière de notre expérience au Manitoba, puisque la franchise aux fins du régime d'assurance-médicaments est fondée sur le revenu pour l'exercice précédent, et puisqu'une personne atteinte d'une maladie terminale perd sa source de revenus car elle est incapable de travailler, les retombées anticipées pour cette méthode d'appréciation des coûts des médicaments surviendraient trop tard.

The report does recognize the powerful effect of drug advertising on doctors' prescribing practices. We support the proposal that the ban on public drug advertising be maintained.

There is also the powerful effect of pharmaceutical company representatives on physician prescribing practices. We raise the following question: Could this form of promotion be forbidden? Doctors are prevented from working outside medicare to a large extent. Why not prevent pharmaceutical information from being provided to doctors other than through scientific journals? I would add that we have very severely restricted advertising and promotion of tobacco products because they are not good for health. Our view would be that the promotion of the latest and most expensive drugs, with the effect that it has on prescribing practices, is harmful to health care rather than to health, although it may be that as well.

Back to the report, there is no suggestion in the report of reconsidering the kind of patent protection that has been introduced relative to generic drugs. There was a time within the memory of everybody at this table when generic drugs were a far greater help to consumers than they are now.

Finally, under pharmacare, we would like to say that we had a little bit of uncertainty about the term "catastrophic drug costs." We think what is probably meant by that term is that the cost becomes catastrophic to the buyer.

The Chairman: That is what we meant.

Dr. Henteleff: But it could not be read with certainty that it did not mean catastrophic illness.

The Chairman: I am pleased that you raised that point. It is the sort of thing that is useful to us, such that when we write other reports we make ourselves clear.

Dr. Henteleff: We are also not sure who defines catastrophe, or catastrophic. One of the concerns around palliative care, hospice care, is who is formally identified as being in the terminal phase of an illness and receiving hospice or palliative care in order to qualify for any special benefits that might be attributable to the terminal phase of illness.

Further along that line, and apart from the paper, with respect to the numerous references in previous presentation about end-of-life care, it was not at all clear to me whether the discussion about the cost of drugs and medical care for end-of-life care was formal palliative care or whether it was the extremely high cost of drugs for care at the end-of-life that fails to save life — in other words, that there can be very high costs for health care that fail to produce the results and the person dies. That is not palliative care.

Le rapport reconnaît l'effet puissant de la publicité pharmaceutique sur les habitudes de prescription des médecins. Nous appuyons la proposition selon laquelle l'interdiction relative à la publicité pharmaceutique publique devrait être maintenue.

Les représentants des sociétés pharmaceutiques exercent aussi une puissante influence sur les pratiques de prescription des médecins. Nous soulevons donc la question suivante: une telle forme de promotion pourrait-elle être interdite? Dans une large mesure, on empêche les médecins d'exercer leurs activités hors du régime d'assurance-maladie, alors pourquoi ne pas empêcher l'information pharmaceutique d'être fournie au médecin par d'autres voies que les journaux scientifiques? J'ajouterais aussi que nous avons fortement restreint la publicité et la promotion des produits du tabac, car ils sont nuisibles pour la santé. Nous sommes d'avis que la promotion des médicaments les plus récents et les plus coûteux, vu son effet sur les pratiques de prescription, nuit non pas à la santé, mais bien aux soins de santé, quoiqu'il nuise peut-être aussi à la santé.

Revenons au rapport. Le rapport ne laisse planer aucune possibilité que l'on envisage de nouveau le type de protection par brevet qui avait été présenté relativement aux médicaments génériques. Tout le monde se souvient qu'à une certaine époque, les médicaments génériques étaient beaucoup plus utiles aux consommateurs que maintenant.

Enfin, sur la question de l'assurance-médicaments, nous aimerions signaler que l'expression «coûts catastrophiques des médicaments» nous a laissés perplexes. Nous croyons que les auteurs cherchaient probablement à dire que le coût des médicaments devient catastrophique pour l'acheteur.

Le président: C'est ce que nous voulions dire.

M. Henteleff: Mais on ne pouvait déterminer avec certitude si on faisait référence à une maladie catastrophique.

Le président: Je suis heureux que vous ayez soulevé ce point. Ce genre de commentaire nous est très utile, et nous encourage à être plus clairs lorsque nous rédigerons d'autres rapports.

M. Henteleff: De plus, nous n'arrivons pas à déterminer avec certitude qui définit cette catastrophe. Dans le domaine des soins palliatifs, une des préoccupations tient à l'identification officielle des personnes qui sont en phase terminale et qui reçoivent les soins palliatifs dans les hôpitaux, dans la collectivité ou à domicile, afin de déterminer l'admissibilité à des prestations spéciales qui pourraient être attribuables à la phase terminale de la maladie.

Dans le même ordre d'idées, concernant les nombreuses références aux soins aux personnes en fin de vie au cours de l'exposé précédent, je ne suis pas certain si l'analyse concernant le coût des médicaments et des soins médicaux aux personnes en fin de vie désignait les soins palliatifs officiels ou le coût extrêmement élevé des médicaments pour les soins en fin de vie qui ne sauvent pas la vie du malade? Autrement dit, on peut engager des coûts très élevés pour dispenser des soins de santé qui ne donnent pas de résultats et qui sont suivis du décès de la personne. Il ne s'agit pas là de soins palliatifs.

So, when referring to end-of-life care, I wish to highlight the importance of distinguishing between the last year of life, to take an arbitrary term, and the terminal phase of illness treated with palliative care. I think that distinction has to be clarified and maintained.

I would now like to move on to the question of home care. Generally, we are very pleased to see attention given to home care and to informal caregiver support. We support the development of a national home care program. For individuals who are dying, home is often and very commonly where they would prefer to be if they feel secure and if the family is supported in the caregiving role. At present, those with the financial means are better able to achieve this goal by using private services. For many, care at home is not possible.

There are proposals in the document that we received about caregiver financial support and respite. These could be very useful. Hospice and Palliative Care Manitoba together with our provincial wing of the Canadian Palliative Care Association is advocating for income protection for family caregivers. Family caregivers who take time away from work to care for a dying relative are indeed saving money to the health care system as it actually exists; however, frequently they bear undue financial hardship, a term used in the national health program. Canadian health care policy has tried to avoid undue financial hardship.

There are several aspects about home care and caregiver support that appear to have received no mention in the document to date that we would like to draw to your attention. The first, which was drawn to your attention earlier, is that caregivers need job protection should they miss work. Both British Columbia and Quebec have limited provisions to protect individuals who must care for a family member. Saskatchewan appears to be the only province that provides significant leave to meet family caregiver responsibilities. In that example, it is 12 weeks in a 52-week period. We suggest that the federal government could set an example to all provinces and employers by providing such provisions for its own employees.

The second point we would like to make is that home care workers, at least in Manitoba, who are not professionals, have no legal protection and are by policy excluded from aspects of care that would be perfectly legal for a non-professional family member to give. An example that we will draw to your attention, and there may be many others, is a patient who is experiencing excess saliva and difficulty swallowing it, the benefits of having those secretions sucked from the mouth. That procedure is absolutely forbidden for a non-professional caregiver. Family members can do it but an outside person cannot. The policy is set by home care services to protect the agency from any possibility of the formal caregiver from outside getting into legal difficulties.

Donc, sur la question des soins aux personnes en fin de vie, j'aimerais insister sur l'importance d'établir une distinction entre la dernière année de vie, pour prendre un terme arbitraire, et la phase terminale de la maladie, où l'on dispense des soins palliatifs. Je crois que cette distinction doit être clarifiée et maintenue.

J'aimerais maintenant passer à la question des soins à domicile. De façon générale, nous sommes très heureux de constater qu'on se penche sur la question des soins à domicile et du soutien au fournisseur de soins bénévole. Nous appuyons la création d'un programme national de soins à domicile. Une personne mourante préfère généralement être chez elle si elle s'y sent en sécurité et si la famille reçoit du soutien à l'égard des soins à donner. À l'heure actuelle, ceux qui en ont les moyens sont plus en mesure d'atteindre ce but en recourant à des services privés. Pour de nombreuses personnes, l'option des soins à domicile n'est pas possible.

Le document que nous avons reçu contient des propositions concernant l'aide financière et les services de relève pour les fournisseurs de soins. Cela pourrait être très utile. Hospice and Palliative Care Manitoba, de concert avec l'aile manitobaine de l'Association canadienne des soins palliatifs, fait la promotion de la protection du revenu pour les prestataires de soins familiaux. Les personnes qui s'absentent de leur travail pour prendre soin d'un parent mourant permettent au système de soins de santé actuel d'économiser de l'argent; toutefois, cela occasionne souvent des difficultés financières indues, ce terme est utilisé dans le programme national de santé. La politique canadienne en matière de soins de santé tente d'éviter de telles difficultés.

Nous aimerions porter à votre attention plusieurs aspects des soins à domicile et du soutien aux soignants bénévoles qui semblent ne pas avoir été mentionnés dans le document jusqu'à maintenant. Le premier, qui a été soulevé plus tôt, est le besoin de protéger l'emploi des soignants qui s'absentent de leur travail. La Colombie-Britannique et le Québec ont mis en place des dispositions limitées pour protéger les personnes qui doivent prendre soin d'un parent. La Saskatchewan semble être la seule province à prévoir un congé significatif pour les personnes qui assument de telles responsabilités. Dans cet exemple, il s'agit de 12 semaines dans une période de 52 semaines. Nous croyons que le gouvernement fédéral pourrait montrer l'exemple aux provinces et aux employeurs en adoptant de telles dispositions pour ses propres employés.

Le deuxième aspect que nous aimerions souligner tient au fait que les soigneurs à domicile qui ne sont pas des professionnels ne jouissent, du moins au Manitoba, d'aucune protection juridique, et les politiques les empêchent de dispenser des soins qui pourraient être offerts tout à fait légalement par un parent non professionnel. À titre d'exemple, un parmi tant d'autres, un patient qui salive excessivement et éprouve de la difficulté à avaler a besoin que ses sécrétions soient aspirées. Cette procédure est absolument interdite pour un soignant non professionnel. Un membre de la famille peut le faire, mais une personne qui n'est pas membre de la famille ne peut pas le faire. La politique est établie par le service des soins à domicile afin de protéger l'organisme contre d'éventuelles poursuites contre un soignant qui ne fait pas partie de la famille.

Another aspect of care that is very commonplace is the giving of medications. A family member is allowed to pull medications out of a box, put it in the patient's hand, put it in their mouth, put it on a spoon, feed it to them. At least in Manitoba, a caregiver from the home care program is not allowed to handle medications in any form whatever, unless the caregiver is a professional. This puts a drastic limitation on the usefulness of non-family member caregivers for providing home care support.

The third point we would like to make is that there are potential family caregivers who may not live in the same province as the patient. Taking a sick relative for care across a provincial border can be problematic, since home care, whatever it may be in one province, is not in any way portable to another province. This could be dealt with either by making portable the care that is provided to the particular patient or by having the host province responsible for respite care in terminal illness for the caregiving family.

As everyone in this room knows, families today are scattered. This is a consideration. We have no exact measure of the extent of it, but the care coordinators that we are in touch with throughout the province have brought this to our attention, that it does provide problems that they see.

The fourth point we would like to make is that respite for caregivers for dying family members needs to be considered more broadly than is done in any of the material that you have accumulated in the report to date. It has to be able to respond more quickly and on an emergency basis for several reasons. The report already recognizes, and we congratulate you for that, that the informal caregiver risks burnout. A service that does not provide respite until burnout occurs is really occurring too late, because there is going to be great reluctance about resuming caregiving after an episode like that.

However, scheduling preventative respite also has risks involved with it. There are risks of unexpected incapacity for the caregiver, that is, the arrangements to provide care during the interval between respite is at risk of being lost if the caregiver, commonly another member of the family, often frail themselves, may be unable to continue, may get an intercurrent illness that makes it impossible for them. It also quite common that a caregiver has more than one family member for whom he or she may feel responsible, and other members of the family may require care and overburden unexpectedly the caregiver who is looking after somebody at home between respites. So a system that is able to respond more quickly and on an emergency basis is needed.

We would like to make an observation, but not a recommendation, that it is a common assumption when home care is seen as substituting for institutional care that it is at a lower cost. It depends entirely on how much service is being provided. If you need to put shifts of workers into a home on a one-on-one basis, that is not as efficient a provision of service as it is in an institution where one shift of care workers looks after several

Un autre aspect des soins qui serait habituel est l'administration de médicaments. Un membre de la famille a le droit de sortir le médicament de sa boîte, de le mettre dans la main ou dans la bouche du patient ou de l'administrer avec une cuiller. Au Manitoba, à tout le moins, un soignant visé par le programme de soins à domicile ne peut d'aucune façon manipuler les médicaments, à moins d'être un professionnel. Cela limite énormément l'utilité d'un soignant extrafamilial à domicile.

Le troisième aspect que nous désirons soulever concerne la possibilité que des parents qui dispensent des soins puissent résider dans une autre province que le patient. Le fait de déplacer un parent malade dans une autre province afin de lui dispenser des soins peut poser problème, car les soins à domicile, de quelque façon que ce soit, ne sont d'aucune façon transférables dans une autre province. On pourrait régler ce problème en prévoyant la transférabilité des soins dispensés au patient, ou en prévoyant que la province hôte est responsable d'offrir des services de relève pour la famille qui dispense des soins à un parent en phase terminale.

Comme vous le savez tous, les familles d'aujourd'hui sont dispersées; et il faut tenir compte de ce facteur. Nous n'avons pas de chiffres permettant de quantifier l'étendue de cette situation, mais les coordonnateurs de soins avec lesquels nous communiquons dans l'ensemble de la province nous ont signalé que cela cause des problèmes.

Le quatrième aspect que nous aimerions mentionner concerne le besoin d'envisager, d'une façon plus étendue que dans toute la documentation accumulée jusqu'à maintenant dans le rapport, la question des services de relève pour les personnes qui dispensent des soins à un parent mourant. Il faut pouvoir réagir plus rapidement, et ce pour plusieurs raisons. Le rapport reconnaît déjà, et nous vous en félicitons, que le soignant bénévole risque l'épuisement. Le service de relève offert uniquement lorsque la personne est victime d'épuisement est offert trop tard, car cette personne sera très réticente à recommencer à dispenser des soins après un tel épisode.

Par contre, le fait de prévoir des services de relève préventifs compte aussi certains risques. Il y a une possibilité de hausse imprévue de l'incapacité du soignant, c'est-à-dire que la planification des soins entre les services de relève est à risque si le soignant, généralement un autre membre de la famille, souvent frêle, est incapable de poursuivre ou tombe malade. De plus, il arrive assez souvent qu'un soignant se sente responsable de plus d'un membre de la famille, et que d'autres membres de la famille aient besoin de soins, ce qui crée une surcharge imprévue pour le soignant qui s'occupe d'une personne à domicile, entre les visites du service de relève. Il est donc nécessaire de créer un système permettant de réagir plus rapidement lorsqu'il y a urgence.

Sans nécessairement faire de recommandation, nous aimerions signaler qu'on suppose généralement que les soins à domicile sont moins coûteux que les soins en établissement. Cela dépend des services offerts. S'il faut affecter une personne dans une maison à toute heure de la journée et de la nuit, la fourniture de service n'est pas aussi efficiente que dans un établissement où les travailleurs se chargent de plusieurs patients ou clients. Par

patients or clients. So it depends on the number of paid caregivers and the amount of time they work.

We would also point out that we have earlier, as other people have, recommended that there be financial support to informal caregivers. If that were introduced, again, the cost of home care would be higher than experienced to date.

In conclusion then, with the short notice we have had, we express appreciation for being able to address this committee. We have not been able to submit our ideas in two languages. We have not been able to support them with documents. We have not been able to make a list of recommendations. However, our report is so short that by crossing out a few lines it becomes a list of recommendations.

The Chairman: May I just make the observation that your options on home care are very creative and helpful.

I wish to ask you a question of clarification. You say there appears to be no reference to the consumer's free choice of caregiver. There is no question, we would automatically assume that there would be free choice of caregiver, as there is now, but if that is not clear, we would be happy to emphasize that.

Dr. Henteleff: It is very hard to provide free choice of caregiver with a 24-7 service. Twenty-four seven comes out of your documents. There is no individual caregiver who is available 24 hour a day, seven days a week, 365 days of the year.

The Chairman: Then I am glad you clarified it, because that is not what I thought you meant by the sentence.

When you say strong focus on consumers of a service industry is not compatible with medical necessity, can you explain to me what you mean by that? I just did not understand it; I am not disagreeing with it necessarily.

Dr. Henteleff: What we meant by that is that if a system of medical necessity is in effect, it is operational, it has got categories and rules. It means that when I have a headache and think that I should have a MRI, somebody else can say, sorry, consumer, you cannot buy that because we do not regard it as medically necessity. What other consumer is told by the seller that he cannot buy that?

The Chairman: Now I understand your point.

Senator Keon: Dr. Henteleff, does that last statement contravene the Bill of Rights? Do you think the Bill of Rights gives us the right to choose who delivers our health care and so forth?

Dr. Henteleff: I think the Canada Health Act gives universal rights to that which is available, so I do not see any contravention.

conséquent, le prix est fonction du nombre de soignants rémunérés et du nombre d'heures de travail.

Nous voulons aussi signaler que nous avons déjà recommandé, tout comme d'autres témoins, la fourniture d'aide financière aux soignants bénévoles. Si de telles mesures étaient adoptées, nous le répétons, le coût des soins à domicile serait supérieur aux coûts occasionnés jusqu'à maintenant.

En conclusion, même si nous avons eu peu de temps pour nous préparer, nous sommes heureux d'avoir eu l'occasion de comparaître devant le comité. Nous n'avons pas été en mesure de présenter nos idées dans les deux langues. Nous n'avons pas été en mesure de fournir des pièces justificatives. Nous n'avons pas été en mesure de dresser une liste de recommandations. Cependant, notre rapport est si bref qu'il devient une liste de recommandations lorsqu'on raye quelques lignes.

Le président: Je tiens à vous dire que vos suggestions touchant les soins à domicile sont très inventives et utiles.

J'aimerais aborder la question de la clarification. Vous affirmez qu'il ne semble pas y avoir de référence à la liberté de choisir son soignant. Il n'y a pas de doute, nous supposons que chacun serait libre de choisir son soignant, comme c'est le cas actuellement, mais si ce n'est pas clair, nous serons heureux d'insister sur ce fait.

M. Henteleff: Il est très difficile d'offrir un libre choix de soignant dispensant un service 24 heures sur 24, sept jours sur sept, ce que prévoit l'un de vos documents. Aucun soignant n'est disponible 24 heures sur 24, sept jours sur sept, 365 jours par année.

Le président: Je suis heureux que vous ayez clarifié cela, car j'avais mal interprété votre commentaire.

Lorsque vous affirmez que l'accent sur le consommateur dans une industrie de service n'est pas compatible avec la notion de nécessité médicale, que voulez-vous dire exactement? Je ne suis pas nécessairement en désaccord, je n'ai tout simplement pas compris.

M. Henteleff: Nous voulons dire que lorsqu'un système fondé sur la nécessité médicale est en vigueur, est en état de marche, il s'assortit de catégories et de règles. Cela signifie lorsque j'ai mal à la tête et je crois avoir besoin d'un examen par IRM, quelqu'un d'autre peut me répondre «désolé», monsieur le consommateur, vous ne pouvez vous procurer ce service, car nous ne considérons pas qu'il s'agit d'une nécessité médicale». Dans quelle autre situation le vendeur dit-il au consommateur qu'il ne peut acheter quelque chose?

Le président: Maintenant, je comprends votre argument.

Le sénateur Keon: Monsieur Henteleff, est-ce que cette dernière affirmation va à l'encontre de la Charte des droits et libertés? Croyez-vous que la charte nous donne le droit de choisir qui nous fournit des soins de santé?

M. Henteleff: Je crois que la Loi canadienne sur la santé attribue des droits universels à l'égard de ce qui est disponible, alors je ne vois pas de violation de la charte.

Senator Keon: Fair enough. We have had a little debate about that, but we were I would say at best in the confusion state, so I will not carry it any further.

I do want to bring you back to comment, on a slightly broader basis, if you would, on this whole situation of people, older people usually, but in the last few years of their life, that I referred to earlier as end-of-life situations, who are subjected to a panacea of accommodations, drug coverage systems, and sometimes non-systems, sometimes accommodations such as nursing and custodial care that they can pay for, if they are terminally ill and defined as terminally ill, and if they are lucky they get palliative care. It is an area that in my latter years as a medical practitioner concerned me a great deal, that is, when patients were being discharged from hospital, frequently there simply was totally inappropriate resources to cover them from thereon in down the road.

Let's take, for example, drug coverage plans. Depending on what part of Canada you live in, you might have 100 per cent drug coverage in your drug plan or you might have 65 per cent, and the delistings are growing all the time across the country. Of course, there is no overall comprehensive plan for taking care of Canadian citizens who can no longer take care of themselves. I would like to hear your comment on that. I realize your presentation was on a much narrower scope, but I would like to hear your comment on it anyway.

Dr. Henteleff: I will speak here on my own behalf, because the organization did not prepare an answer to that question. Our presentation does say that the "medical necessity" should be defined. There is no difficulty in pointing to areas where people appear to have needs and get into great difficulties receiving service or paying for service. If we can point to problems like that, surely we can think of solutions. And then we have to decide, when we have a description of an ideal service, what can we afford and how we can pay for it.

I am aware of other countries where taxation is considerably heavier than ours in which many of these needs can be met. There seems to be an assumption in Canada that that is not the case, that increased taxation for the services we say we want is out of the question. I find that an impossible proposition, one that I am sure I share with a number of others across the country. How do you get everything you want for less than you are prepared to pay?

The Chairman: You are right; that is the classic political conundrum.

Dr. Henteleff: The point I am making is that our group believes that there could be policies — there are certainly a number of principles set down for the Canada Health Act that have won widespread appeal internally in the country and admiration externally. We have seen modest examples of how to put medical necessity — I would hope that that could get enlarged into health care necessity — into a definition that can be operationalized. If

Le sénateur Keon: D'accord. Nous avons tenu un petit débat sur la question, mais nous étions pour le moins confus, alors je n'irai pas plus loin.

Cependant, j'aimerais, si vous le voulez bien, entendre vos commentaires, de façon plus générale, sur la situation de ces personnes, en général des personnes plus âgées, mais aussi d'autres personnes qui en sont à leurs dernières années de vie, que j'ai qualifiées de personnes en situation de fin de vie, qui ont accès à une gamme d'installations, de régimes et d'autres formes d'assurance-médicaments, et parfois de services, comme des soins infirmiers et des soins de garde pour lesquels ils peuvent payer, s'ils sont reconnus comme étant en phase terminale, et, s'ils sont chanceux, ils reçoivent des soins palliatifs. Au cours de mes dernières années de pratique médicale, cette question m'a beaucoup préoccupé, car, bien souvent, les patients qui recevaient leur congé de l'hôpital avaient accès à des ressources totalement inappropriées pour les aider.

Prenons, par exemple, les régimes d'assurance-médicaments. Selon la région où vous résidez au Canada, votre régime d'assurance-médicaments offre une couverture à 100 p. 100 ou à 65 p. 100, et un nombre croissant de personnes au pays se font rayer de la liste. Bien sûr, il n'existe pas de régime global pour prendre soin des citoyens canadiens qui ne sont plus en mesure de prendre soin d'eux-mêmes. J'aimerais entendre vos commentaires sur cette question. Je comprends que la portée de votre exposé était beaucoup plus limitée, mais j'aimerais tout de même entendre vos commentaires.

M. Henteleff: Je parlerai en mon nom propre, car l'organisme n'a pas préparé une réponse à cette question. Néanmoins, notre mémoire précise qu'il faudrait définir la «nécessité médicale». Il n'est pas difficile de trouver des domaines où les gens semblent avoir des besoins et éprouvent de grandes difficultés à recevoir ou à payer un service. Si nous pouvons cerner de tels problèmes, nous pouvons sûrement trouver des solutions. Ensuite, lorsqu'on a défini le service idéal, nous devons décider ce que nous pouvons nous permettre et comment nous assumerons les coûts.

Je sais qu'il y a d'autres pays où le fardeau fiscal est considérablement plus lourd que le nôtre, et où nombre de ces besoins peuvent être satisfaits. Au Canada, on semble supposer que cela n'est pas le cas, qu'il est hors de question de hausser les impôts afin d'obtenir les services que nous disons vouloir. J'estime qu'il s'agit d'une proposition impossible, et je suis sûr qu'un certain nombre d'autres personnes de partout au pays sont de cet avis. Comment peut-on obtenir tout ce que l'on veut si on n'est pas disposé à en payer le prix?

Le président: Vous avez raison: c'est la grande énigme de la vie politique.

M. Henteleff: Ce que j'essaie de dire, c'est que notre groupe croit qu'on pourrait établir des politiques — manifestement, un certain nombre de principes énoncés pour la Loi canadienne sur la santé jouissent d'un appui étendu au pays et suscitent l'admiration à l'étranger. Nous avons vu de modestes exemples de définitions de nécessité médicale susceptibles d'une application pratique — j'aimerais que nous puissions plutôt parler de nécessité des soins

we could see an overall proposal that required that kind of a system, it would be very reassuring before the tax man comes.

Senator Pépin: Dr. Henteleff, on page 4, you say that the caregiver needs job protection, and you speak about British Columbia, Quebec and Saskatchewan. Is what you are proposing with respect to palliative care similar to the concept of maternity leave? Is what you are suggesting vis-à-vis job protection for caregivers similar to maternity leave protection?

Dr. Henteleff: Yes. However, we are aware that that falls under provincial labour law, or some category like that. Therefore, our suggestion is quite specific that the federal government could set an example.

Senator Pépin: You are saying that the federal government could start with its own employees.

You also said that home care workers who are not professionals need legal protection. I believe that also falls under provincial legislation.

Dr. Henteleff: Probably.

Dr. John Bond, Member, Advocacy Committee, Hospice and Palliative Care Manitoba: If a national home care program were set up, perhaps the protective legislation could be introduced at that point.

Senator Pépin: Could you elaborate on the concept of home care not being portable, where a potential family caregiver does not reside in the same province as the patient.

Ms Margaret Clarke, Executive Director, Hospice and Palliative Care Manitoba: Under the current situation, home care is a provincially arranged program, so I suppose it comes back to a national home care program that would allow portability from one province to another.

Senator Pépin: Similar to the palliative care committee's recommendation?

Ms Clarke: Yes, I think that is where this recommendation comes from.

The Chairman: Just to add to that, the issue is not limited to home care; it also involves, for example, nursing home care. In my own case, my mother is in a nursing home in another province. My siblings and I looked at the question of moving her closer to some of us, which we may end up doing. First of all, it is hard to get on a waiting list in another province; secondly, a significant amount of the cost must be borne by the family during a transition period. So, I am not disagreeing; I am simply reinforcing it to say it is not simply a home care problem. The reality is that for the frail, elderly, as well as palliative care issues, there is now the issue of portability.

de santé. Il serait très rassurant d'avoir une proposition globale qui exige un tel système avant qu'on se penche sur la question de la fiscalité.

Le sénateur Pépin: Monsieur Henteleff, à la page 4, vous dites que le fournisseur de soins a besoin qu'on protège son emploi, et vous mentionnez la Colombie-Britannique, le Québec et la Saskatchewan. Votre proposition relative aux soins palliatifs est-elle comparable à la notion de congé de maternité? Suggérez-vous qu'on offre aux soignants une protection des emplois comparable à celle qui est offerte dans le cas des congés de maternité?

M. Henteleff: Oui. Toutefois, nous sommes conscients que cela relève de la législation provinciale du travail, ou d'une autre catégorie similaire. Par conséquent, notre suggestion est plutôt spécifique: nous invitons le gouvernement fédéral à montrer l'exemple.

Le sénateur Pépin: Vous dites que le gouvernement fédéral pourrait commencer par ses propres employés?

Vous avez aussi déclaré que les personnes qui dispensent des soins à domicile qui ne sont pas des professionnels ont besoin d'une protection juridique. Je crois que cela relève aussi de la législation provinciale.

M. Henteleff: Probablement.

M. John Bond, membre, Comité de parrainage, Hospice and Palliative Care Manitoba: On pourrait peut-être adopter une loi protectrice au moment où un éventuel programme national de soins à domicile serait établi.

Le sénateur Pépin: Pourriez-vous apporter des précisions sur l'affirmation selon laquelle les soins à domicile ne sont pas transférables lorsqu'un parent susceptible de fournir des soins ne réside pas dans la même province que le patient.

Mme Margaret Clarke, directrice générale, Hospice and Palliative Care Manitoba: Dans le contexte actuel, les soins à domicile relèvent de programmes provinciaux, alors je suppose qu'un programme national de soins à domicile favoriserait la transférabilité d'une province à une autre.

Le sénateur Pépin: Comme l'a recommandé le comité des soins palliatifs?

Mme Clarke: Oui, je crois que c'est de ce comité que provient la recommandation.

Le président: J'aimerais seulement ajouter que le problème ne se limite pas uniquement aux soins à domicile, car il concerne aussi, par exemple, les soins dispensés dans les maisons de soins infirmiers. Ma mère est dans une telle maison, dans une autre province. Mes frères et soeurs et moi-même avons envisagé la possibilité de la rapprocher de certains de nous, ce que nous allons peut-être faire. Premièrement, il est difficile de se faire inscrire sur une liste d'attente dans une autre province; deuxièmement, une part significative du coût doit être assumée par la famille pendant une période de transition. Alors, je ne suis pas en désaccord; je tiens seulement à souligner que le problème n'est pas uniquement lié aux soins à domicile. La réalité, c'est que pour les personnes fragiles et âgées, outre les problèmes liés aux soins palliatifs, il y a aussi maintenant le problème de la transférabilité.

Ms Clarke: If one looks at how Canadian families are scattered far across this country, how families live in the 21st century, that demographic must be taken into consideration by the health care system.

The Chairman: It is an issue that I have never thought about, in general, so I am delighted you raised it.

Senator Pépin: We now have a secretariat for palliative care and will be able to follow it very closely.

Under home care, your fourth point concerns respite care for caregivers. How would you organize that?

Dr. Henteleff: It is an administrative question.

Senator Pépin: How do you see it?

Dr. Henteleff: First, you need a policy statement that says it has to be put in place, it has to be looked after. How it comes into effect then becomes an administrative question.

There would have to be an estimate of the frequency and duration of such episodes, and then there would have to be beds available to match the estimate, or facilities that match the estimate, whether it be institutional facilities that take over, or home care services that will come in and take over. The proposal has to deal with a problem, an ideal solution. It would be costly, of course, but there is no point pretending that a band-aid will solve the pressure that exists for caregivers at the present time.

Senator Pépin: Do you have anything to add?

Dr. Bond: Dr. Henteleff refers to the cost of respite care, but who knows what the extra costs would be if one does not respond in that case? We look at the cost to put the person there to provide the respite; however, without respite, what is the long-term cost to the health care system if there is a breakdown? In fact, it may be more expensive not to put them in for the long run than to put them in for the short run.

Senator Morin: I congratulate Dr. Henteleff and his colleagues for his work on a very difficult and very neglected field, the field of palliative care. We know where Senator Carstairs got her inspiration now.

I am interested in the matter of burden of drug costs in palliative care, I am not an expert, far from it. Are you an MD, Dr. Henteleff?

Dr. Henteleff: Yes.

Senator Morin: I was under the impression that drugs in palliative care were not an important cost factor, generally, the minimum amount. On the contrary, pain relievers are very important, things like that, but as you know, they are not very expensive and one would not give the latest expensive drug in that environment, unless I am mistaken. As I say, I am far from being an expert here.

Mme Clarke: Il faut tenir compte de l'éparpillement des familles canadiennes partout au pays, de la façon dont les familles vivent au XXI^e siècle, et adapter le système de soins de santé en fonction de ces réalités démographiques.

Le président: C'est une question à laquelle je n'avais jamais songé, je vous remercie de l'avoir soulevée.

Le sénateur Pépin: Nous avons maintenant un secrétariat pour les soins palliatifs, et nous serons en mesure de suivre cette question de très près.

Sur la question des soins à domicile, le quatrième aspect que vous avez soulevé concerne les services de relève pour les soignants. Comment organiseriez-vous cela?

M. Henteleff: C'est une question administrative.

Le sénateur Pépin: Comment l'envisagez-vous?

M. Henteleff: D'abord, il faut établir une déclaration de principe selon laquelle un tel service doit être créé et administré. La méthode de mise en oeuvre devient une question administrative.

Il faudra estimer la fréquence et la durée de tels épisodes, et il faudra fournir un nombre correspondant de lits ou d'installations, selon que les établissements prennent la relève, ou qu'ils soient confiés à des services de soins à domicile. La proposition doit résoudre un problème, trouver une solution idéale. Ce serait coûteux, bien sûr, mais à quoi bon faire semblant qu'une solution superficielle permettra d'atténuer les pressions que subissent actuellement les fournisseurs de soins?

Le sénateur Pépin: Avez-vous quelque chose à ajouter?

M. Bond: M. Henteleff fait référence au coût des services de relève, mais qui sait à combien s'élèveront les coûts supplémentaires si on ne réagit pas? Nous tenterons de déterminer ce qu'il en coûtera d'affecter une personne aux services de relève; mais si on n'offre pas un tel service, quels seront les coûts à long terme pour le système de soins de santé s'il y a épuisement? De fait, il serait peut-être plus coûteux de ne pas offrir ces services à long terme que de les offrir à court terme.

Le sénateur Morin: Je tiens à féliciter M. Henteleff et ses collègues de leur travail dans un domaine très difficile et très négligé, les soins palliatifs. Nous savons maintenant d'où le sénateur Carstairs tire son inspiration.

Je m'intéresse à la question du fardeau du coût des médicaments dans le domaine des soins palliatifs. Je ne suis pas un expert, loin de là. Êtes-vous médecin, monsieur Henteleff?

M. Henteleff: Oui.

Le sénateur Morin: J'avais l'impression que les médicaments n'étaient pas un facteur de coût important dans le domaine des soins palliatifs, de façon générale, le montant minimum. Au contraire, les analgésiques sont très importants, mais comme vous le savez, ils ne sont pas très coûteux, et, à moins que je ne me trompe, on n'aurait pas tendance à administrer le plus récent et le plus coûteux médicament dans ce contexte. Je le répète, je suis loin d'être un expert du domaine.

Dr. Henteleff: In principle, I agree with you. Unfortunately, the pressure of pharmaceutical representation on medical practice is such that there seems to be nowadays a great preference for quite costly alternatives.

I vividly remember the first time I heard about a palliative care program for people at home that consisted of a continuous infusion of medication. At the time, it involved an outlay of something in the neighbourhood of \$1.000 for a piece of equipment to continuously inject medication into the patient. It required the purchase of soluble medication of sufficient refinement to be given directly into the body rather than through the intestine.

If that is what palliative care means in practice, without any standards, then the cost of palliative care and symptom control becomes very expensive. In practice, the stories we hear are that the cost of drugs for care at home can be catastrophic.

Senator Morin: Using that system, perhaps. However, the type of care you would prescribe would not be necessarily costly, or by those who know the field, it would not be major. I am not an expert here and stand to be corrected, but the impression is that, on the contrary, you want to have the minimum.

Dr. Henteleff: I appreciate your flattering remarks about my practice compared to what may be general practice. From what I hear from people in the field — I am no longer in practice — particularly from those who are looking after family members and who are providers of home care services, there is a problem.

Ms Clarke: May I just add to that? I am not a clinician either, but I know that in the present day palliative care has become a much more highly specialized field, and the ability to control symptoms has really improved a lot in the last number of years. There is really encouraging research ongoing, so that palliative care is indeed a very active form of care and treatment in order to keep the patient comfortable. It frequently involves the use of multiple medications, because of the myriad of symptoms that may need to be controlled, and sometimes the side effects of one medication require the administration of another medication.

Indeed, the cost of drugs and the issue of drugs is becoming I think even more important in palliative care. Yes, I know that there are certainly some palliative care physicians who are persuaded that infusion pumps or the most expensive medication might be the best one, but I also know some very fine palliative care physicians who carefully weigh the cost benefit of any given medication and try very hard to choose the most economical one.

Senator Pépin: Dr. Henteleff, you mentioned when speaking about medication that there was a time when generic drugs were of more help to consumers than now. What do you mean by this?

M. Henteleff: En principe, je suis d'accord avec vous. De nos jours, malheureusement, la pression des représentants pharmaceutiques sur la pratique médicale est telle qu'on semble préférer grandement des solutions de rechange plutôt coûteuses.

Je me rappelle clairement la première fois où j'ai entendu parler d'un programme de soins palliatifs à domicile consistant à perfuser continuellement un médicament. À l'époque, cela supposait une dépense d'environ 1 000 \$ pour une pièce d'équipement permettant d'injecter continuellement le médicament dans le patient. Il fallait acheter un médicament en solution suffisamment raffinée pour qu'on puisse l'administrer directement dans le corps au lieu de par l'intestin.

Si c'est la forme que les soins palliatifs prennent dans la pratique, c'est-à-dire sans norme, le coût des soins palliatifs et du soulagement des symptômes devient très onéreux. Dans la réalité, on nous dit que le coût des médicaments pour les soins à domicile peut être catastrophique.

Le sénateur Morin: Si on utilise ce système, peut-être; toutefois, le type de soins qui seraient prescrits par vous, ou par une autre personne connaissant le domaine, ne serait pas nécessairement coûteux. Je ne suis pas un expert et je vous invite à faire une mise au point si je me trompe, mais j'ai l'impression que vous désirez avoir le minimum.

M. Henteleff: J'apprécie vos propos flatteurs concernant la comparaison entre ma pratique et la pratique en général. D'après ce que j'entends de personnes dans le domaine — car je ne pratique plus —, en particulier de ceux qui se chargent de membres de leur famille et qui sont des fournisseurs de services de soins à domicile, il y a un problème.

Mme Clarke: Puis-je ajouter quelque chose? Je ne suis pas clinicienne non plus, mais je sais qu'à l'heure actuelle les soins palliatifs sont devenus beaucoup plus spécialisés, et que la capacité de soulager les symptômes s'est accrue de façon importante au cours des dernières années. On mène actuellement des recherches vraiment encourageantes, de sorte que le domaine des soins palliatifs est effectivement une forme très active de soins et de traitement visant à assurer le confort du patient. Cela suppose souvent le recours à plusieurs médicaments, en raison de la myriade de symptômes qu'on veut chercher à soulager et, parfois, des effets secondaires de certains médicaments, ce qui exige le recours à un autre médicament.

En effet, le coût des médicaments et la question des médicaments prennent, selon moi, encore plus d'importance dans le domaine des soins palliatifs. Oui, je sais que certains médecins qui dispensent des soins palliatifs sont persuadés que les pompes à perfusion ou les médicaments les plus coûteux sont les meilleures solutions, mais je connais aussi d'excellents médecins dans le domaine qui analysent soigneusement le coût et les avantages de chaque médicament et tentent de choisir les médicaments les plus économiques.

Le sénateur Pépin: Monsieur Henteleff, lorsque vous parliez des médicaments, vous avez mentionné qu'à une certaine époque, les médicaments génériques étaient plus utiles au consommateur qu'à l'heure actuelle. Qu'entendiez-vous par cela?

Dr. Henteleff: The pharmaceutical companies are able to protect patents for a much longer period of time now. In the past, what had been proprietary drugs became generic drugs in a much shorter period of time.

The Chairman: I would like to ask you one last question: you may want to think about it and send us a note on it. When you look across to various jurisdictions, either in Canada, the U.S., Europe or whatever, is there any one place that you think has a noticeably better approach to palliative care from an overall policy standpoint than anywhere else? Or is it such an embryonic field, in terms of people focusing on it, that there is no one place that you would point to as being a terrific model?

Dr. Henteleff: From what I know, the British lead the field in this by at least a decade and they have quite a good system. It is a combination of private and National Health Service, so it is a divided system.

I believe the Australians have the most universal, uniform system that exists, and it coincides with recognizing palliative care as a specialty. So there is a status question that is involved. It has to do not just with status of those who are consultants, but it has to do with the extent to which health care workers are exposed to training, which is available in a very limited way to the generality of health care workers in Canada at the present time.

Ms Clarke: I would add — and I am not arguing with Dr. Henteleff's comments — that Canada is identified as a leader in hospice palliative care in the world.

The Chairman: In spite of the gaps that we are talking about?

Ms Clarke: In spite of the gaps that we are talking about.

The Chairman: I do not know whether that is encouraging or discouraging. On that note, may I thank all of you for attending here. The committee appreciates you taking the time to be with us.

Senators, our final panel this afternoon consists of Mr. Paul Moist from CUPE, the Canadian Union of Public Employees, and Mr. Daniel Boucher, who is the Chief Executive Officer of the Société franco-manitobaine.

May I remind you that it has been the policy of most if not all Senate committees that at the end of the formal witness stage anyone in the audience who wants to make a five-minute statement may do so, with no questions from us.

We will begin with Mr. Boucher, followed by the CUPE representatives and then questions from senators.

[Translation]

Mr. Daniel Boucher, Chief Executive Officer, Société franco-manitobaine: Honourable senators, I want to welcome you to Manitoba and thank you for this very important initiative in the debate on health care services in Canada. I will mostly be speaking about the experience of the Franco-Manitoban

M. Henteleff: Les sociétés pharmaceutiques sont désormais capables de protéger leurs brevets pendant plus longtemps. Dans le passé, les médicaments brevetés mettaient beaucoup moins de temps avant de devenir des médicaments génériques.

Le président: J'aimerais vous poser une dernière question: vous voudrez peut-être y réfléchir et nous faire parvenir vos commentaires plus tard. Lorsque vous envisagez les diverses instances, que ce soit au Canada, aux États-Unis, en Europe ou ailleurs, y a-t-il un endroit qui, selon vous, applique une démarche et une politique globale manifestement supérieure au chapitre des soins palliatifs? Ou est-ce que le domaine est si embryonnaire, en ce qui concerne l'attention qu'on y porte, qu'aucun endroit n'offre un modèle intéressant?

M. Henteleff: D'après ce que je sais, les Britanniques sont dotés d'un vrai bon système et affichent une avance d'au moins dix ans dans le domaine. On y combine un système privé et le service de santé national, de sorte qu'il s'agit d'un système divisé.

Je crois que les Australiens sont dotés du système le plus universel et le plus uniforme, et ils reconnaissent les soins palliatifs comme un domaine de spécialité. Il y a donc une question de statut. Il s'agit non seulement du statut de ceux qui agissent à titre de conseillers, mais aussi de l'étendue de la formation offerte aux travailleurs du domaine des soins de santé, laquelle est généralement très limitée au Canada à l'heure actuelle.

Mme Clarke: J'ajouterais — sans vouloir contredire M. Henteleff — que le Canada est considéré comme un chef de file mondial des soins palliatifs dispensés dans la collectivité ou à domicile.

Le président: Malgré les écarts dont nous parlons?

Mme Clarke: Malgré les écarts dont nous parlons.

Le président: Je ne sais pas si cela est encourageant ou décourageant. Cela dit, je tiens à remercier tous les participants d'être venus aujourd'hui. Les membres du comité apprécient le fait que vous ayez pris le temps de venir comparaître.

Honorables sénateurs, à l'occasion de notre dernière séance cet après-midi, nous accueillerons M. Paul Moist, du SCFP, c'est-à-dire le Syndicat canadien de la fonction publique, ainsi que M. Daniel Boucher, président-directeur général de la Société franco-manitobaine.

Je tiens à vous rappeler que la plupart des comités du sénat, peut-être tous, permettent, à la fin des témoignages officiels, aux membres de l'auditoire de faire une déclaration de cinq minutes, sans période de questions.

Nous commencerons avec les témoignages de M. Boucher et des représentants du SCFP, puis nous passerons aux questions des sénateurs.

[Français]

M. Daniel Boucher, président-directeur général, Société franco-manitobaine: Honorables sénateurs, j'aimerais vous souhaiter la bienvenue au Manitoba et vous remercier pour cette initiative très importante dans le débat sur les services des soins de santé au Canada. Je vais vous parler surtout de la réalité de la

community and of the challenges we face in the area of health care.

The Société franco-manitobaine has existed officially since 1968, but the defence of the French language in Manitoba began in 1916 with the Association de l'éducation des Canadiens français du Manitoba. The SFM is the official organizational advocate of the Franco-Manitoban community. It sees to the development of this community and does advocacy work to ensure that its rights are fully respected. With its partners, it plans and facilitates the overall development of the community, and promotes it.

In 1966 there were approximately 49,100 people with French as their mother tongue in the Franco-Manitoban community. Those francophones represented 4.5 per cent of the total population of the province.

Franco-Manitoban women and men are to be found throughout Manitoba. The greatest concentration of francophones is found in the metropolitan region of Winnipeg, clustered in the area that used to be the old city of Saint-Boniface. Other francophones live in cities and villages to the southeast and southwest of Saint-Boniface such as Saint-Lazare, Somerset, Notre-Dame-de-Lourdes, Saint-Claude, Saint-Pierre-Jolys, Sainte-Anne-des-Chênes, to name only those.

Their distribution follows the course of the Rouge and Assiniboine rivers, where francophones in Manitoba first settled. Sainte-Rose-du-Lac and Saint-Laurent make up the rare francophone enclaves in the north of the province. Sainte-Rose-du-Lac was the native village of the late, lamented Senator Molgat, a great defender of our community whom we miss enormously. The vast majority of francophones, about 90 per cent, are clustered in or around a two-hour, or less, radius of Winnipeg.

Francophones constitute a large proportion, that is, more than 25 per cent, of the population of about 15 cities and villages, a fact which has contributed to the dynamic character of French life in our province.

I want to speak first about certain determining factors that have an influence on the state of health care in our province. Essentially, we have noted that the francophones of our community have had less schooling. This obviously contributes to the health of the population. It means that it is absolutely essential for our communities to work on improving the state of health care. This is an extremely important area.

The accessibility of health services in one's language is inherently much more than a mark of respect for the culture of the service-user. It can sometimes be an essential element in improving health conditions and in encouraging the population to claim responsibility for its own health. Overall, the scientific literature allows us to conclude that the language barrier decreases the probability of seeking health care for preventive purposes, while it has a slight influence on the probability of seeking health care for treatment of acute health problems. The language barrier does however seem to increase the time between consultation and conclusion; it has an effect on the probability of ordering diagnostic tests, and may thus have an effect on the probability of

communauté franco-manitobaine et des défis auxquels nous faisons face dans le domaine de la santé.

La Société franco-manitobaine existe officiellement depuis 1968, mais la défense de la langue française au Manitoba a débuté en 1916 avec l'Association de l'éducation des Canadiens français du Manitoba. La SFM est l'organisme porte-parole officiel de la communauté franco-manitobaine. Elle veille à l'épanouissement de cette communauté et revendique le plein respect de ses droits. De concert avec ses partenaires, elle planifie et facilite le développement global de la collectivité et en fait la promotion.

La communauté franco-manitobaine compte, en 1996, environ 49 100 personnes de langue maternelle française. Ces francophones représentent 4,5 p. 100 de la population totale de la province.

Les Franco-Manitobaines et Franco-Manitobains sont présents partout au Manitoba. La plus grande concentration de francophones se trouve dans la région métropolitaine de Winnipeg, où ils se regroupent sur le territoire de l'ancienne ville de Saint-Boniface. Les autres francophones se localisent dans les villes et villages, situés au sud-est et au sud-ouest de Saint-Boniface comme Saint-Lazare, Somerset, Notre-Dame-de-Lourdes, Saint-Claude, Saint-Pierre-Jolys, Sainte-Anne-des-Chênes et j'en passe.

Leur distribution suit le parcours des rivières Rouge et Assiniboine, premier site du peuplement francophone du Manitoba. Les localités de Sainte-Rose-du-Lac et Saint-Laurent constituent les rares enclaves francophones du nord de la province. Sainte-Rose-du-Lac était le village natal du regretté sénateur Molgat qui était un grand défenseur de notre communauté et il nous manque énormément. La très grande majorité des francophones, environ 90 p. 100, se trouve à deux heures ou moins de distance de Winnipeg.

Les francophones forment des proportions importantes soit plus de 25 p. 100 d'une quinzaine de localités, ce qui a contribué au dynamisme de la vie française dans la province.

Parlons d'abord de certains facteurs influents sur l'état du domaine de la santé. Essentiellement, on a constaté que les francophones de la communauté sont moins scolarisés. Cela contribue évidemment à la santé de la population. Cela fait en sorte qu'il est absolument essentiel que nos communautés travaillent dans le domaine de la santé. C'est un domaine très important.

L'accessibilité des services de santé dans sa langue constitue par le fait même bien plus qu'un respect pour la culture de l'utilisateur de services. Il s'agit d'un élément parfois essentiel à l'amélioration des conditions de santé et à l'appropriation de la santé par cette population. Dans l'ensemble, les écrits recensés dans la littérature scientifique permettent de conclure que la barrière de la langue diminuerait la probabilité de recourir à des services de santé pour des motifs d'ordre préventif; influencerait peu la probabilité de recourir aux services de santé pour des motifs curatifs dans le cadre de problèmes de santé aigus. Cependant cette barrière augmenterait la durée de temps de conclusion; la probabilité de recours à des tests diagnostiques,

erroneous diagnoses and the prescription of inappropriate treatment; has a greater influence on the quality of service where good communication is essential, for instance, in the provision of mental health services; diminishes the probability of compliance with treatment; and appears to reduce the satisfaction expressed by service-users with regard to the health care services they receive. These are very important points.

The accessibility of health care services has two generic forms. It mostly consists in a relationship with a health professional, and the information one receives through, for example, brochures, videos, printed matter, etc.

We feel that access to health care can be facilitated in many ways. Potential initiatives can be grouped under five broad headings: a meeting place where people can work together to find collective solutions to offer services in French to our population; technology — today's technological means would help us a great deal; training, which is extremely important; we have a training problem not only in the francophone community but throughout our communities and among professionals; and the availability of information for people. These are all very important points.

We consider that the initiatives grouped under these five headings should receive support in the near future. These are strategies developed at the national level by a national committee on services in French co-chaired by the Department of Health and a representative from our communities. We feel it is absolutely essential to make a start and take some action in these areas.

We want to emphasize the accessibility and quality of services. We feel it is absolutely essential that our communities have access to quality services. Health care services are fundamental in the relationship one has with someone else, in the sense that when you are sick, when you don't feel well, it is absolutely essential that you feel comfortable. Feeling comfortable in our own language is to us absolutely essential in the area of health care services. At the national level, the level of services in French is insufficient. We are of the opinion that there should be a national strategy in that regard. We are at this time working in close co-operation with the Province of Manitoba. In fact, our community has very good relations with the Province of Manitoba and we have made great progress in the areas of health and social services. We still have a great deal to do, but we hope that the examples set in our province and the progress we hope to make over the next few years will be a model for all of Canada, because it is very important, we feel, that we evolve in this sector.

Not only is health the most precious possession anyone can have, but the vitality of francophone in Acadian communities is also driven by the health of those populations. For its importance at the individual level as well as for its collective role, the health dossier must be a major preoccupation for all government authorities, federal as well as provincial, for all institutions concerned, in the fields of health and education, as well as for all francophone communities in a minority situation.

voire la probabilité d'errer dans les diagnostics et les traitements; influencerait davantage la qualité du service lorsqu'une bonne communication est essentielle, par exemple, les services de santé mentale; diminuerait la probabilité de fidélité aux traitements; et aurait pour effet de réduire la satisfaction à l'égard des soins de santé reçus par les utilisateurs de services. Ces points sont très importants.

L'accessibilité des services de santé prend deux formes génériques. Il s'agira surtout d'une relation avec un professionnel de la santé et des renseignements que l'on reçoit, par exemple, des brochures, des vidéos, des textes, et cetera.

Pour nous, l'accessibilité aux services de santé peut être facilitée de multiples façons. On peut regrouper les initiatives possibles en cinq grands niveaux: un lieu d'accueil où les gens peuvent travailler ensemble pour trouver des solutions communes pour offrir des services en français à notre population; la technologie — les moyens technologiques d'aujourd'hui nous aideraient énormément —; la formation qui est extrêmement importante, nous avons un problème de formation non seulement dans la communauté francophone, mais dans l'ensemble des communautés et des professionnels; et la disponibilité d'information pour les gens. Ce sont des choses très importantes.

Nous considérons que ces cinq niveaux sont des points qui devraient être appuyés rapidement. Ce sont des stratégies développées sur le plan national, par un comité national sur les services en français, qui est coprésidé par le ministère de la Santé et un représentant de nos communautés. Nous trouvons qu'il est absolument essentiel de débiter dans ce sens.

Nous voulons mettre l'emphasis sur l'accessibilité et la qualité des services. Nous trouvons qu'il est absolument essentiel pour nos communautés d'avoir accès à des services de qualité. Quand on parle de services de santé, les services de santé sont à la base des relations que l'on peut avoir avec quelqu'un d'autre, dans le sens que quand on est malade, quand on se sent moins bien, il est absolument essentiel de se sentir confortable. Se sentir confortable dans notre langue, pour nous, c'est absolument essentiel dans les services de santé. Il n'y a pas assez de services en français qui se donnent au niveau national. Nous trouvons qu'il devrait y avoir une stratégie nationale en ce sens. Nous travaillons étroitement avec la province du Manitoba en ce moment. D'ailleurs, notre communauté a une très bonne relation avec la province du Manitoba et nous avons fait de grands progrès au niveau de la santé et des services sociaux. Nous avons encore beaucoup à faire, mais nous espérons que les exemples de notre province et le progrès qu'on pourra faire dans les prochaines années seront un modèle pour l'ensemble du Canada parce que c'est très important pour nous d'évoluer dans ce secteur.

La santé est non seulement considérée comme le bien le plus précieux qu'un individu puisse posséder, mais la vitalité des communautés francophones et acadienne passe aussi par la santé des populations. Autant pour son importance individuelle que pour son rôle collectif, le dossier de la santé se doit d'être une préoccupation majeure et ce, pour l'ensemble des autorités gouvernementales, tant fédérale que provinciales, pour toutes les institutions concernées, tant de santé que d'enseignement, ainsi

In Manitoba, we have already set up a 16-person council to guide our actions and strategies in the area of health and social services. We are preparing a very concrete draft action plan which will be discussed by the council and by the health and social services sector in the coming months. We are counting on you to convey our message to the Canadian government and more particularly to Health Canada, because without their support, it will be very difficult to implement our action plans in our communities.

This matter is all the more important in that being able to communicate in the language of the service-user can be an essential component of the health care service that is provided. It is for this reason, in fact, that several francophone communities have set up health care services in French. Several current experiences even prove that it is possible to offer quality health care services to sometimes sparse francophone populations and to develop effective approaches that make it possible to meet the diverse needs of the communities.

We are counting on you a great deal as far as this effective approach is concerned, if you intend to redesign the system or overhaul it in depth. The challenge of increasing accessibility to health care services in French will only be met if government authorities have the will to do so, health institutions are committed to this goal, and francophone communities are mobilized.

[English]

The Chairman: Thank you very much, Mr. Boucher.

Mr. Paul Moist, President, Canadian Union of Public Employees in Manitoba (CUPE): Mr. Chairman, members of the committee, I work for CUPE here in Manitoba. With me is Ms Lorraine Sigurdson, our health care coordinator in the province.

We have here in the province of Manitoba about 10,000 health care support workers and about 150,000 around the country. We will keep to your prescribed time limit and just jump around to a couple of issues.

At the bottom of page 1 of our written presentation, we relate the three main themes we want to talk about. Mr. Chairman, I regret that we are not saying more on chapter 11, the health human resources questions you put forward. I will tell you that here in Winnipeg, in addition to nursing shortages, health care support, we are short 600 certified nursing assistants, not to mention elsewhere in the province.

We have had discussions with governments of all political stripes over the last decades. There are huge governance issues in health care that you might ask questions about. We may send you a note on chapter 11.

The Chairman: That would be very helpful.

que pour chacune des communautés francophones en situation minoritaire.

Au Manitoba, nous avons déjà mis sur pied un conseil de 16 personnes pour diriger nos actions et stratégies dans le domaine de la santé et des services sociaux. Nous préparons une ébauche d'un plan d'action très concret et il sera discuté par le conseil et le secteur santé et services sociaux au cours des prochains mois. Nous comptons sur vous pour transmettre le message au gouvernement canadien et plus particulièrement à Santé Canada car sans leur appui, il sera très difficile de faire avancer les plans d'actions dans nos communautés.

L'importance à accorder à ce dossier est d'autant plus grande que la capacité de communiquer dans la langue de l'utilisateur de services représente une composante parfois essentielle du service de santé dispensé. Cette raison a d'ailleurs incité plusieurs communautés francophones à se doter de services de santé en français. Plusieurs expériences existantes prouvent même qu'il est possible d'offrir des services de santé de qualité à des populations francophones parfois peu nombreuses et de développer des approches efficaces capables de répondre à la diversité des besoins des communautés.

Nous comptons beaucoup sur vous pour cette approche efficace, si vous êtes à recommencer le système ou le revoir de fond en comble. Le défi d'accroître l'accessibilité aux services de santé en français ne peut être relevé avec succès que si les autorités gouvernementales sont disposées, les institutions de santé sont engagées et les communautés francophones sont mobilisées.

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup, monsieur Boucher.

M. Paul Moist, président, Canadian Union of Public Employees in Manitoba (CUPE): Monsieur le président, honorables membres du comité, je travaille au sein du SCFP au Manitoba. Je suis accompagné de Mme Lorraine Sigurdson, coordonnatrice des soins de santé dans la province.

Au Manitoba, nous avons environ 10 000 travailleurs de soutien dans le domaine des soins de santé, et on en dénombre environ 150 000 au pays. Nous respecterons la limite de temps qui nous est accordée, et nous nous contenterons d'aborder seulement quelques questions.

Au bas de la page 1 de notre mémoire, nous exposons les trois grands thèmes que nous souhaitons aborder. Monsieur le président, je regrette que nous n'ayons pas parlé davantage du chapitre 11, c'est-à-dire les questions que vous avez soulevées au sujet des ressources humaines dans le domaine des soins de santé. Je vous dirais cependant, qu'ici à Winnipeg, outre la pénurie d'infirmières, nous avons besoin, sur le plan du soutien, de 600 infirmières auxiliaires autorisées supplémentaires, alors imaginez les lacunes dans le reste de la province.

Nous avons discuté avec des gouvernements de toutes les allégeances politiques au cours des dernières décennies. Il existe, dans le domaine des soins de santé, d'énormes problèmes de gouvernance que vous pourriez soulever. Nous vous soumettrons peut-être un commentaire sur le chapitre 11.

Le président: Cela serait très utile.

Mr. Moist: With respect to quality of health care delivery, we have had different experiences here in Manitoba. We had a failed experience with our Winnipeg hospitals food system under something that was known as the Urban Shared Services Corporation. We have had to revamp and restructure that plan and get rid of the U.S. consultant that was brought in to run the system.

At page 2, we cite a 1996 U.S. study that talks about preventable hospitalization rates two to four times higher in areas with "poor" zip codes than in areas with "wealthier" zip codes. However, in Canada, preventable hospitalization rates were less likely to vary by income, which we believe is a commentary on the nature of our system versus that of the U.S.

With respect to waiting lists, there is an argument that a parallel private for-profit health care system would decrease waiting lists in both the for-profit health care system and the public non-profit system. We think this argument is flawed and we source the Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation that found that cataract patients here in Manitoba had to wait about four months longer for a doctor who worked in both systems as opposed to patients being served by a doctor who only worked in the public non-profit system. Those waiting periods of 7 to 10 weeks versus 14 to 23 weeks are cited by those authors.

We also quote from an Alberta study where the argument was made that private and for-profit health care organizations will mean two waiting lists, as physicians work for both the for-profit and non-profit sectors. The private for-profit list will consist of patients who will pay additional user fees and/or require the least costly equipment, while the public non-profit list will consist of the low-income basic medicare patient.

Mr. Chairman, on page 4, under the heading "Sustainability of the Canadian Health Care System including options for Funding," here in Manitoba we prefer to talk about modernization as opposed to privatization as what we think is needed for health care reform. We cite the federal-provincial health ministers in September 1998 identifying the need for primary health care reform, an integrated health care system between primary, acute care, long-term care and home care, where physicians receive salaries, as being preferable. Your chapter 11 comments on that vis-à-vis an option for physician payment.

Under the guise of modernization here last year, our provincial government purchased the previously for-profit Pan Am sports clinic, as it is commonly known, and brought it into the not-for-profit realm. It is an example of how non-profit and public health care delivery can change and reform to meet today's demands and standards. We think that is a success story in a change initiative here in our community.

M. Moist: Sur la question de la qualité des soins de santé, nous avons eu diverses expériences ici au Manitoba. Nous avons connu un échec avec notre système d'alimentation pour les hôpitaux de Winnipeg, sous le régime d'un organisme connu sous le nom d'Urban Shared Services Corporation. Nous avons dû restructurer ce plan et nous débarrasser de l'expert-conseil américain qui avait été chargé de diriger le système.

À la page 2, nous citons une étude américaine de 1996 selon laquelle le taux d'hospitalisation évitable est de deux à quatre fois supérieur dans les zones pauvres que dans les zones aisées. Au Canada, par contre, les taux d'hospitalisation évitable sont moins susceptibles de varier en fonction du revenu, ce qui, selon nous, témoigne d'une différence fondamentale entre le système américain et le nôtre.

En ce qui concerne les listes d'attente, certains avancent qu'un système parallèle de soins de santé privés, c'est-à-dire à but lucratif, permettrait de réduire les listes d'attente dans le système de soins de santé à but lucratif et dans le système public sans but lucratif. Nous croyons que cet argument est sans fondement, et, à ce titre, nous tenons à mentionner l'étude du Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba selon laquelle les personnes en attente d'une chirurgie de la cataracte au Manitoba devaient attendre environ quatre mois de plus pour un médecin qui exerce ses activités dans les deux systèmes que pour un médecin qui ne travaille que dans le système public sans but lucratif. Ces périodes d'attente de sept à dix semaines, par comparaison à 14 à 23 semaines, sont citées par les auteurs de cette étude.

Nous citons aussi une étude albertaine qui avance que la création d'organisations de soins de santé privées, à but lucratif, signifie qu'il y aura deux listes d'attente, car les médecins travaillent à la fois pour le secteur à but lucratif et le secteur sans but lucratif. La liste du secteur à but lucratif sera constituée de patients qui paieront des frais modérateurs et (ou) ont besoin de l'équipement le moins coûteux, alors que la liste du secteur public sans but lucratif sera constituée de patients à faible revenu tirant avantage du régime d'assurance-maladie de base.

Monsieur le président, à la page 4, dans la section portant sur la viabilité du système canadien de soins de santé, qui présente aussi des possibilités au chapitre du financement, nous affirmons qu'ici, au Manitoba, nous croyons que la réforme des soins de santé passe non pas par la privatisation, mais bien par la modernisation. Nous citons les ministres fédéral et provinciaux de la Santé qui, en septembre 1998, faisaient état du besoin de lancer une réforme des soins de santé primaires, d'établir un système de soins de santé qui intègre les soins primaires, les soins de courte durée, les soins à long terme et les soins à domicile, et dans le cadre duquel les médecins touchent un salaire. Votre chapitre 11 mentionne une telle option au sujet de la rémunération des médecins.

L'an dernier, par souci de modernisation, notre gouvernement province s'est porté acquéreur de la clinique sportive privée connue sous le nom de Pan Am, et en a fait un établissement sans but lucratif. C'est un exemple de réforme de la prestation de soins de santé publique sans but lucratif afin de satisfaire à la demande et aux normes d'aujourd'hui. Nous croyons que cette initiative de changement a été un succès retentissant dans notre collectivité.

There are other community health clinics — they are listed in our written brief — in our community. Funding for these health clinics must be appropriate in order for overall health care savings to occur, which is part of our theme that we need an integrated approach to considering the whole health care system, as opposed to simply dealing with the hospital setting, as important as it is.

We had a debate, Mr. Chairman, in this community a number of years ago regarding Manitoba's public home care system. We have a publicly funded, publicly run home care system. Everyone in this province has access to home care if they need it, and it is publicly run, meaning one central administration.

In the mid-1990s, there was an experiment to offer a privately delivered home care system. That venture did not last, by virtue of worker, quite frankly, and patient complaints, and the firm left our province towards the end of the 1990s.

Manitoba, not unlike some other provinces, has been a net recipient of equalization and other forms of transfer from our federal government. The creation of Canada Health and Social Transfer payments have hit provinces like Manitoba, Saskatchewan and Atlantic Canada very hard. We give you some figures there.

For Manitoba, one of the most important federal-provincial issues is the issue of equalization and transfers. We cannot have a conversation in Manitoba about the role of federal government in funding or assisting with health care without talking about the whole ambit of federal-provincial transfers vis-à-vis Manitoba.

Finally, Mr. Chairman, in our submission, private health care costs more than public health care. For-profit U.S. health care costs are increasing at a faster rate than Canadian non-profit health care costs. We cite a study from the OECD that gives the figures, expressed in U.S. dollars, between our two countries.

In the U.S., there are four main factors that increase health care costs: no cost control, profits and executive remuneration, administration and overhead, and fraud, corruption, and lack of accountability. In 1995, overall administrative costs for the health care system in U.S. was about \$995.00 a person. In Canada, expressed in the same U.S. dollars, it is about \$248 a person.

In conclusion, we think quality health care means public and non-profit health care. Health care is not a commodity. We also do not mean the status quo; we mean modernization of the kind of examples I have suggested. All of the statistics on the last page of our submission are sourced with the appropriate citation.

Il y a d'autres cliniques de santé communautaire — d'ailleurs elles sont nommées dans notre mémoire — dans notre collectivité. Le financement consenti à ces cliniques de santé doit être approprié afin que nous puissions réaliser des économies globales dans le domaine des soins de santé, et cela s'inscrit dans notre thème selon lequel nous devons adopter une approche intégrée et envisager le système de soins de santé dans son ensemble, au lieu de nous attacher uniquement aux hôpitaux, si importants soient-ils.

Il y a un certain nombre d'années, monsieur le président, notre collectivité a tenu un débat sur le système public de soins à domicile du Manitoba. Nous sommes dotés d'un système de soins à domicile financé et dirigé par le gouvernement. Tous les résidents de la province qui en ont besoin ont accès à des soins à domicile, et puisqu'il s'agit d'un programme dirigé par le gouvernement, cela signifie que l'administration est centralisée.

Vers le milieu des années 90, on a tenté l'expérience d'offrir un système privé de soins à domicile. L'initiative n'a pas duré, en raison de plaintes des patients et, en toute franchise, des travailleurs, et l'entreprise a quitté notre province vers la fin des années 90.

Le Manitoba, à l'instar d'autres provinces, a tiré avantage de la péréquation et d'autres formes de transfert de notre gouvernement fédéral. La création du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux a durement touché certaines provinces, comme le Manitoba, la Saskatchewan et les Maritimes. Notre mémoire fournit des chiffres à cet égard.

Au Manitoba, l'un des plus gros enjeux fédéraux-provinciaux est la question de la péréquation et des transferts. Au Manitoba, on ne peut parler du rôle du gouvernement fédéral au chapitre du financement ou de l'aide aux soins de santé sans aborder la question de l'étendue des transferts fédéraux dans la province.

Enfin, monsieur le président, notre mémoire souligne que les soins de santé privés coûtent plus cher que les soins de santé publics. Le coût des soins de santé à but lucratif aux États-Unis connaît une croissance plus rapide que le coût des soins de santé sans but lucratif au Canada. Nous citons une étude de l'OCDE qui fournit des chiffres, en dollars américains, pour comparer nos deux pays.

Aux États-Unis, quatre grands facteurs influent sur la hausse du coût des soins de santé: l'absence de contrôle des coûts; les profits et la rémunération des cadres supérieurs; l'administration et les frais généraux; et la fraude, la corruption et l'absence d'obligation redditionnelle. En 1995, les coûts administratifs globaux pour le système de soins de santé américain s'élevaient à environ 995 \$ par personne. Au Canada, toujours en dollars américains, ces coûts sont d'environ 248 \$ par personne.

En conclusion, nous croyons que la qualité des soins de santé passe par un système de soins de santé public, sans but lucratif. Les soins de santé ne sont pas des produits de consommation. Cela ne signifie pas que nous favorisons le statu quo; nous cherchons une modernisation similaire aux exemples que j'ai soulevés. Toutes les statistiques figurant à la dernière page de notre mémoire sont assorties de références et de citations appropriées.

The Chairman: Before turning to Senator Morin, I would like to ask you to clarify something. At page 5 of your written presentation, there is a section entitled "Other Manitoba Community Health Clinics." It would be helpful if you explained exactly what a community health clinic is.

I will tell you why I ask the question. The last sentence in that paragraph says:

A Saskatoon clinic found that overall costs were 17 per cent lower for patients attending the Saskatoon clinic than for those treated in the fee-for-service system.

What confuses me is the fee-for-service system. Is that not how they are paid in a clinic? Maybe I do not understand what the clinic is. Could you tell us what it is?

Ms Lorraine Sigurdson, Health Care Coordinator, Canadian Union of Public Employees in Manitoba (CUPE): For the community health clinics that exist in Winnipeg that are listed there, all but one, the physicians are on salary. The community health clinics are clinics where doctors are employees, and they provide a full range of services. It depends on the community health clinic.

For example, the Women's Health Centre provides service to women. Mount Carmel Clinic is an inner-city clinic that provides doctors appointments, dentists appointments, as well as some social services.

The Chairman: Social workers, counselling.

Ms Sigurdson: Yes, but not as extensive as the models in Quebec.

The Chairman: Along the same line?

Ms Sigurdson: Yes.

The Chairman: The cost savings then presumably come from what we have called in the report primary care reform?

Ms Sigurdson: Yes.

The Chairman: In the sense that it is salary capitation, whatever the form is, but it is not a fee-for-service at the primary level; is that right?

Ms Sigurdson: That is right.

The Chairman: It is not universally true, because you have listed some here, so I guess some of the primary care in Manitoba is provided that way and some is not; is that right?

Ms Sigurdson: These community health clinics are for specific communities.

The Chairman: Geographic communities?

Le président: Avant de céder la parole au sénateur Morin, j'aimerais vous demander de clarifier quelque chose. À la page 5 de votre mémoire, il y a une section qui porte sur les «autres cliniques de santé communautaire du Manitoba». Il serait utile de nous expliquer exactement ce qu'est une clinique de santé communautaire.

Je vous dirai pourquoi je pose la question. La dernière phrase du paragraphe indique:

...qu'une clinique de Saskatoon avait conclu que les coûts globaux étaient de 17 p. 100 inférieurs pour les personnes qui se rendaient à la clinique de Saskatoon que pour les personnes qui étaient traitées dans le système fondé sur la rémunération à l'acte.

C'est la notion de rémunération à l'acte qui m'intrigue. N'est-ce pas le type de rémunération appliqué dans les cliniques? Peut-être est-ce le sens du mot clinique qui m'échappe. Pourriez-vous me dire de quoi il s'agit?

Mme Lorraine Sigurdson, coordonnatrice des soins de santé, Canadian Union of Public Employees in Manitoba (CUPE): Dans toutes les cliniques de santé communautaire qui existent à Winnipeg et qui sont nommées dans notre liste, sauf une, les médecins touchent un salaire. Les cliniques de santé communautaire sont des cliniques où les médecins sont des employés, et où l'on dispense une gamme complète de services. Les services varient d'une clinique de santé communautaire à l'autre.

Par exemple, le Women's Health Centre dispense des services aux femmes. La Mount Carmel Clinic est une clinique du centre-ville qui offre des services de consultation avec des médecins et des dentistes, ainsi que des services sociaux.

Le président: Des travailleurs sociaux, des thérapeutes.

Mme Sigurdson: Oui, mais les services ne sont pas aussi étendus que dans les établissements du Québec.

Le président: Mais un modèle comparable?

Mme Sigurdson: Oui.

Le président: On peut donc présumer que les économies réalisées découlent de ce que notre rapport appelle une réforme des soins primaires?

Mme Sigurdson: Oui.

Le président: Car il s'agit non pas, dans le cas des soins primaires, d'une rémunération à l'acte, mais bien d'une forme de rémunération par capitation. C'est ça?

Mme Sigurdson: C'est ça.

Le président: Puisque vous n'avez nommé que quelques cliniques, je suppose que cela n'est pas universel, qu'une partie des soins primaires au Manitoba sont fournis de cette façon, et qu'une autre partie ne l'est pas; ai-je bien compris?

Mme Sigurdson: Ces cliniques de santé communautaire sont destinées à des groupes spécifiques.

Le président: Faites-vous référence à des localités géographiques?

Ms Sigurdson: Mount Carmel Clinic, as I listed before, is in a poor area of the City. Women's Health Centre is a women's health clinic. Village Klinik is a service to patients with AIDs. Not every person in the province would be able to go to a community health clinic because there are not enough of them.

The Chairman: Is there an attempt being made to take that concept and apply it elsewhere in the province, for example, so that a suburb of Winnipeg, St. Boniface, say, would have one or two or three, or something like that?

Ms Sigurdson: There is an process underway within the Winnipeg Regional Health Authority for access centres, but it is not clear how the physicians will be funded, whether they will be salaried or under fee-for-service. The idea of the access centres is to take away some of the pressure on emergency rooms.

The Chairman: The clinics are open seven days a week, 24 hours a day?

Ms Sigurdson: Not yet, not these community health clinics. What is being looked at is how the access centres could relieve — for example, not having to go to an emergency clinic to have a finger stitched.

The Chairman: There is a lot of evidence that the way to solve the emergency room problem is the 24-hour-a-day clinic.

Ms Sigurdson: Right. These are in process; there is no access centre that is open yet.

[Translation]

Senator Morin: I want to congratulate and thank Mr. Boucher for the cause he advocates, a cause that is also championed by myself and other senators. I would have two questions for him.

The first concerns the message you would like us to convey to Health Canada. I would like you to tell us specifically what message you would like us to take to Health Canada.

On page 7 of your report, you refer to obstacles. Could you elaborate a bit on the scarcity of bilingual personnel? What is the real situation with regard to bilingual personnel in the province of Manitoba? What are the union constraints? What sort of will exists in this regard at the administrative level, although you do say that there has been a great deal of improvement in your relations with the province.

Mr. Boucher: As far as Health Canada is concerned, it would be important to help us with networking for professionals and other people who work in the health care area throughout our communities. There are some distances to be bridged. I think we have to find ways of co-ordinating our efforts and effective means of service delivery.

As you know, in a system where population levels, the critical mass, is not always present, you have to work to find solutions, you have to be creative. We have been doing precisely that for a long time. We are beginning to have a handle on how to go about

Mme Sigurdson: La Mount Carmel Clinic, comme je l'ai déjà mentionné, est située dans un quartier pauvre de la ville. Le Women's Health Centre est une clinique de soins de santé destinée aux femmes. La Village Klinik dispense des services aux personnes atteintes du sida. Tous les résidents de la province ne pourraient pas se rendre à une clinique de santé communautaire, car il n'y a pas suffisamment de cliniques.

Le président: Tentez-vous d'appliquer ce modèle ailleurs dans la province, de façon à doter, par exemple, une banlieue de Winnipeg, disons Saint-Boniface, de deux ou trois cliniques, ou quelque chose comme ça?

Mme Sigurdson: L'Office régional de la santé de Winnipeg a lancé un processus visant la création de centres d'accès, mais on n'a pas encore déterminé clairement si les médecins toucheront un salaire ou seront rémunérés à l'acte. Les centres d'accès visent à alléger l'achalandage dans les salles d'urgence.

Le président: Les cliniques sont-elles ouvertes sept jours sur sept, 24 heures sur 24?

Mme Sigurdson: Pas encore. Pas ces cliniques de santé communautaire. Ce que l'on envisage maintenant, c'est de trouver des moyens pour que les centres d'accès atténuent l'achalandage — par exemple, pour qu'une personne n'ait pas à se rendre à une salle d'urgence pour des points de suture sur un doigt.

Le président: Une volumineuse documentation montre que des cliniques en activité 24 heures sur 24 permettraient de résoudre le problème des salles d'urgence.

Mme Sigurdson: Oui. On prépare actuellement de tels établissements. Aucun centre d'accès n'a encore ouvert ses portes.

[Français]

Le sénateur Morin: Je voudrais féliciter et remercier M. Boucher pour la cause qu'il défend et qui est défendue par moi et d'autres sénateurs. J'aurais deux questions à vous poser.

La première a trait au message que vous aimeriez que l'on transmette à Santé Canada. J'aimerais que vous nous spécifiez quel message voulez-vous transmettre à Santé Canada?

À la page 7 de votre rapport, vous faites allusion à des obstacles, pourriez-vous élaborer davantage sur l'absence de personnel bilingue? Quelle est la situation véritable par rapport au personnel bilingue dans la province du Manitoba? Quelles sont les contraintes syndicales? Quelle est la volonté administrative quoique vous dites que vos relations provinciales s'amélioreraient beaucoup?

M. Boucher: Au niveau de Santé Canada il est important de nous aider au niveau du «réseautage» des professionnels et des gens qui travaillent dans le domaine de la santé dans l'ensemble de nos communautés. Il y a des distances à parcourir. Je pense que l'on doit trouver des moyens de se concerter et des moyens efficaces de livraison de services.

Comme vous le savez dans un système où les populations, où la masse critique n'est pas toujours là, il faut trouver des solutions, il faut être créatif. Cela fait longtemps que nous faisons cela. On commence à savoir comment être créatif. On aimerait que Santé

being creative. We would like Health Canada to support us at that level, to help us help them deliver services to the province.

The obstacles at this level constitute a real problem. There are two ways of finding personnel: you can train and you can recruit. A nursing program has just been started up at the Collège universitaire de Saint-Boniface, a development that is very positive for our community. We work in co-operation with stakeholders throughout Canada in the area of training, including the university of Ottawa. These are positive developments. There are a lot of challenges. There is a scarcity everywhere. Obviously, this is a big problem for us.

With regard to union constraints, I won't spend a lot of time on that topic. The system has been in place for a long time and everyone works within a system; however, when you want to propose something different, because of the configuration of our community it is very difficult to work within majority systems, and I use the term in its broad sense. I am not at all pointing a finger toward unions, because that is not the point. The point is that they work within a particular system, there are a large number of people who work at other levels, and we have to find ways of making all of this more flexible, in order to take into consideration the minority that needs services. It is in that context that union constraints might be raised. We do not talk about confrontation, because there is no confrontation.

[English]

Senator Morin: I have a question for Mr. Moist. I read your very interesting report. At page 8 of your report, you are opposed to contracting out services, if I understand correctly, I understand you may have an argument with private clinics, and I think some of the references that you pointed out, the quality of care and efficiency of care in for-profit compared to not-for-profit are well known. However, you say that contracting out cleaning work has been responsible for superbugs. What about contracting out kitchen work, groundwork, laundry, and so forth? That surprised me a bit.

Mr. Moist: I would not make that argument on behalf of each and every contracting situation, but we sourced that comment as it relates to that particular experience. I think it is much more of a broad notion we are trying to impart to you and your colleagues.

If we give up major control over the management of any portion of the health care system, it will be that much harder to reform. The earlier question about movement into different types of clinics and all that, if we are going to move in to provide clinics to ease pressure on our hospitals here in Manitoba — we are not going to emulate the success story here of putting doctors on very competitive salaries, but by putting them on salary, we are going to get out of the gates in the wrong way for what those clinics are

Canada nous appuie à ce niveau pour nous aider à les aider à livrer les services à la province.

Les obstacles à ce faire est un vrai problème. Il existe deux moyens de trouver du personnel: on peut le former et le recruter. On vient de commencer un programme pour les infirmières et les infirmiers au Collège universitaire de Saint-Boniface qui est très positif pour notre communauté. Nous travaillons en collaboration avec des intervenants partout au Canada, au niveau de la formation, incluant l'Université d'Ottawa. Ce sont des choses positives qui se sont passées. Il y a beaucoup de défis. Il y a une pénurie partout. C'est évidemment un gros problème pour nous.

Au niveau des contraintes syndicales, je ne veux pas passer énormément de temps sur le sujet. Le système est en place depuis longtemps et tout le monde travaille dans un système, cependant quand on veut proposer des choses différentes, étant donné la configuration de notre communauté, c'est très difficile de travailler dans des systèmes majoritaires, je dis cela dans un sens très large. Je ne pointe pas du tout du doigt vers les syndicats car ce n'est pas le point. Le point c'est qu'ils ont travaillé dans un système particulier, il y a un grand nombre de personnes qui oeuvrent à différents niveaux et on doit trouver des moyens pour assouplir cela pour tenir compte d'une minorité qui a besoin de services. C'est dans ce contexte qu'on parle de contraintes syndicales. On ne parle pas de façon de confrontation car il n'y a pas de confrontation.

[Traduction]

Le sénateur Morin: J'ai une question à poser à M. Moist. J'ai lu le rapport très intéressant que vous avez remis. À la page 8, vous affirmez que vous vous opposez à l'impartition des services, si je comprends bien. Je comprends que vous puissiez avoir des raisons de vous opposer aux cliniques privées et je crois que certaines des références dont vous avez parlé le montrent, la qualité des soins et l'efficacité des soins des établissements à but lucratif, par rapport aux établissements sans but lucratif, sont bien connues. Tout de même, vous dites que l'impartition des travaux de nettoyage est responsable des bactéries ultra résistantes. Qu'en est-il de l'impartition des travaux de cuisine, du travail sur les terrains des établissements, de la buanderie et ainsi de suite? Cela m'a surpris un peu.

M. Moist: Je ne ferais pas valoir ce raisonnement systématiquement, pour tous les contrats possibles, mais l'observation en question s'applique à l'expérience particulière qui a été vécue à ce moment-là. Il me semble que c'est une notion plus ou moins générale dont nous voulions faire part à vous et à vos collègues.

Si nous abandonnons un élément majeur du contrôle sur la gestion d'une partie quelconque du système de santé, la réforme sera d'autant plus difficile. La question posée plus tôt à propos des divers types de cliniques et ainsi de suite... si nous allons agir pour qu'il y ait des cliniques qui soulagent la pression dans nos hôpitaux, ici, au Manitoba, nous allons non pas imiter une pratique éprouvée qui consiste à accorder aux médecins des salaires très concurrentiels, mais plutôt leur appliquer un régime

attempting to do, to provide services to people before they need services in our hospital.

I am making an analogy to your direct question that I do not think we should be relinquishing control, and I do think you give up control to manage a system.

We notice in CUPE at all levels of government, not just in health care, that we are moving away from two- and three-year contracts, we are into 10- and 20-year contracts. With respect to the shared kitchen services for Winnipeg's nine hospitals, despite the fact that the experiment has been bad, it is a 20-year deal. We cannot deconstruct that building and start reconstructing kitchens in those hospitals.

If we were sitting here 10 years ago, we might be talking about a two-year contract or a three-year contract to clean floors in this hospital. The private sector is not interested in bidding for two or three more years. When you make that decision, be aware that you are making it for a long period of time, and it is going to impact negatively, in our view, on your ability to make change within that system, which is about the only constant of the last decade, the desire to make change.

[Translation]

Senator Pépin: Mr. Boucher, this disorganization, the supply of services, the low visibility of francophone professionals and the unavailability of francophone professionals only serve to make the situation worse. You mentioned that you had trouble recruiting personnel. Is the scarcity of professionals the reason for this difficulty, or is there another reason?

Mr. Boucher: Senator Pépin, I will give you an example. Two years ago, we opened the St. Boniface Health Centre. It was an urban centre in an area where there was a need for services in French. We had been asking for this for a long time and the province had decided to fund the Health Centre. This centre has an extraordinary potential. There is a two to three month waiting list because we cannot find enough professionals to staff it. It is very difficult to find a francophone professional to provide health care services, and the St. Boniface Health Centre operates in French. It offers services in both official languages, but it is a francophone centre. They managed to recruit three physicians, but they need six or seven. Our biggest problem is that we lose our physicians, they go elsewhere. Of course, when you need health care, you need it immediately.

We believe we have to find ways of helping each other in Canada, especially in the area of training, of exchanges with Quebec and New Brunswick. We have to work together to find ways of reaching people, of recruiting people everywhere. We must also promote careers in the health care field in our educational institutions, because we do not do that enough, and not enough value is attributed to these careers. We believe we really have to emphasize the value of the services provided by the people who do this type of work.

salarial — nous allons partir du mauvais pied quand on pense à ce que ces cliniques essaient d'accomplir, soit de fournir des services aux gens avant qu'ils aient besoin des services de notre hôpital.

J'établis une analogie avec la question directe que vous avez posée — je ne crois pas que nous devrions abandonner le contrôle, et je crois bien que l'on abandonne le contrôle pour gérer un système.

Au SCFP, nous remarquons que, dans tous les ordres de gouvernement, et non pas seulement dans le domaine des soins de santé, nous délaissions les contrats de deux ou trois ans en faveur de contrats de dix et de vingt ans. Pour ce qui est des services de cuisine communs aux neuf hôpitaux de Winnipeg, même si l'expérience s'est révélée mauvaise, l'entente vaut pour 20 ans. Nous ne pouvons défaire le bâtiment et reconstruire des cuisines dans ces hôpitaux.

Si l'audience avait eu lieu il y a dix ans, nous discuterions peut-être d'un contrat de deux ans ou de trois ans pour le nettoyage des planchers à l'hôpital en question. Cela n'intéresse pas le secteur privé de soumissionner sur un contrat de deux ou trois ans. Quand vous prenez cette décision, soyez conscient qu'elle s'applique à une longue période et que cela aura un effet défavorable, à notre avis, sur votre capacité d'évoluer à l'intérieur de ce système, ce qui est à peu près la seule constante qui vaille depuis dix ans, la volonté d'apporter des changements.

[Français]

Le sénateur Pépin: Monsieur Boucher, la désorganisation, l'offre de services, la faible visibilité des professionnels francophones et la non-disponibilité des professionnels francophones ne font qu'aggraver la situation. Vous avez mentionné que vous aviez de la difficulté pour le recrutement du personnel, est-ce que le manque de professionnels est associé à la difficulté de recrutement ou c'est associé à autre chose?

M. Boucher: Sénateur Pépin, je vais vous donner un exemple. Il y a deux ans, nous avons ouvert le Centre de santé de Saint-Boniface. C'était un centre urbain où l'on avait besoin de services en français, on le revendiquait depuis longtemps et la province a décidé de financer le Centre de santé. Ce centre a un potentiel extraordinaire. Il y a une liste d'attente de deux à trois mois parce qu'on ne trouve pas assez de professionnels. C'est très difficile de recevoir les services d'un professionnel francophone, car le Centre de Santé de Saint-Boniface fonctionne en français. Il offre des services dans les deux langues officielles, mais c'est un centre francophone. On a pu recruter trois médecins, mais nous en avons besoin de six ou sept. Notre plus grand problème est que l'on perd nos médecins, ils vont ailleurs. Évidemment, quand on a besoin de services de santé, on en a besoin immédiatement.

Nous croyons que nous devons trouver une façon de s'entraider au Canada surtout sur la question de la formation, des échanges avec le Québec et le Nouveau-Brunswick. Il faut travailler ensemble pour trouver des moyens d'aller chercher des gens d'un peu partout. Nous devons aussi faire la promotion des carrières dans le domaine de la santé dans nos institutions d'enseignement parce qu'on ne le fait pas assez et ce n'est pas assez valorisé. On croit qu'il faut vraiment valoriser les gens qui font ce travail.

Senator Pépin: You mentioned that there were an increasing number of francophones who go on to university. I was very happy to hear that. There is a fairly large increase to be noted.

I know that in New Brunswick there will be a meeting during the first weekend in November to discuss French services. I was pleased to hear your comments, because we are going to be able to network with the other francophone communities from other provinces.

Mr. Boucher: I hope to see you in New Brunswick, because this is a very important meeting that will be attended by about 200 stakeholders from the health care field, and we hope to at least begin to find some very concrete solutions to the challenge we face.

[English]

The Chairman: I have two short questions. Under the section, "Manitoba Public Home Care," you say — and I will just read the sentence.

Everyone has access to home care, if they need it...

Is that factually true? I ask only because everywhere else we go in the country we are told that of the shortage of home care paid by the state seems to be huge. Is there something unique about Manitoba?

Ms Sigurdson: Well, I think our reference was probably to the fact that no one had to pay for home care.

The Chairman: Okay.

Ms Sigurdson: I think we would be optimistic to say that there were never any waiting lines or waiting time.

The Chairman: You are where most people are, which is that there is a need problem.

Ms Sigurdson: There is still a problem with people accessing the system, but people do not have to pay for it. I guess that is the context.

The Chairman: That is fine.

When you talk about the cost savings resulting from the government's purchase of the Pañ Am clinic, correct me if I am wrong, but as I understand it, prior to the purchase, in year two or three prior to the purchase, all the patients going through the clinic were covered paid by Manitoba medicare. Hence, in a sense, changing the ownership of the building does not change the operating cost, because the same patients are being seen and the coverage is the same after the purchase as it was prior to the government purchasing the building. I am trying to understand where changing the landlord results in any significant amount of cost savings. I do not understand the economics of it. That is what is puzzling me.

Mr. Moist: That statement you made is true in part, but also offered previously at the clinic were —

Le sénateur Pépin: Vous mentionnez qu'il y a de plus en plus de francophones qui vont à l'université. J'étais très heureuse de cela. Il y a une augmentation assez importante à souligner.

Je sais qu'au Nouveau-Brunswick, la première fin de semaine de novembre, ils ont une réunion pour parler des services francophones. Je suis heureuse d'entendre vos commentaires car nous allons pouvoir faire le lien avec les autres communautés francophones des autres provinces.

M. Boucher: J'espère vous voir au Nouveau-Brunswick parce que c'est une rencontre très importante qui va regrouper environ deux cents intervenants du domaine de la santé et on espère commencer au moins à trouver des solutions très concrètes au défi qu'on fait face.

[Traduction]

Le président: J'ai deux petites questions. Sous la rubrique «Manitoba Public Home Care», vous dites — je vais simplement lire la phrase:

Tout le monde a accès aux soins à domicile, s'il en a besoin [...]

Est-ce vraiment vrai? Si je pose la question, c'est seulement que nous entendons, partout où nous allons au pays, que la pénurie des soins à domicile assurés par l'État semble être énorme. Y a-t-il quelque chose d'unique qui se passe au Manitoba?

Mme Sigurdson: Eh bien, je crois que nous voulions probablement dire que personne n'a à payer de sa poche pour les soins à domicile.

Le président: D'accord.

Mme Sigurdson: Il me semble que nous serions optimistes si nous disions qu'il n'y a jamais de file d'attente ou de temps d'attente.

Le président: Vous en êtes où la plupart des gens en sont, c.-à-d. qu'il y a là un besoin, un problème.

Mme Sigurdson: Il y a toujours le problème des gens qui ne peuvent accéder au système, mais les gens n'ont pas à payer pour — voilà, je crois, le contexte.

Le président: Tout à fait.

Quand vous parlez des économies réalisées grâce à l'achat de la clinique Pan Am par le gouvernement, corrigez-moi si j'ai tort, mais si je comprends bien, avant l'achat, les services fournis à tous les patients passant par cette clinique étaient couverts par l'assurance-maladie du Manitoba. Ainsi, d'une certaine façon, le fait que le bâtiment ait changé de propriétaire ne change pas le coût de fonctionnement, car ce sont les mêmes patients qui consultent et la même assurance qui s'applique après l'achat, qu'avant que le gouvernement ne fasse l'acquisition du bâtiment. J'essaie de comprendre en quoi un changement de propriétaire peut déboucher sur une quelconque économie. Je ne comprends pas le fonctionnement économique de la chose. C'est ce qui me rend perplexe.

M. Moist: Ce que vous avez dit est vrai en partie, mais auparavant, à la clinique, on offrait aussi...

The Chairman: Farther back in history?

Mr. Moist: No. I have had personal experience at the clinic with my own knees being scoped and being offered next week's service versus my knees being scoped in the health care system.

The Chairman: Let us take a scenario where the building was owned either by the government or someone in the private sector but where, in either scenario, the patients were covered by medicare, do you have a view that that is likely to save the government a lot of money?

Ms Sigurdson: My understanding of the situation is, first of all, there is going to be an expansion of services at the Pan Am clinic. Secondly, there will be less reliance on services being performed in hospitals because it is going to expand the capacity. If I need an arthroscopy, I am much less likely to end up in the hospital — not that I would have to stay overnight in a hospital, but there are some procedures that are still being done in hospitals that previously could not be done at the Pan Am clinic, so it will expand the range of out-patient services.

The Chairman: Presumably they could have expanded the clinic and still have the patient's costs paid by the government, even if the government did not own the building?

Ms Sigurdson: Except that all of the money keeps going back into the public system now, right?

The Chairman: I am just simply trying to understand the economics of it. I absolutely understand your issue about the days, which Mr. Moist pointed out, where you could pay extra and move up the system. I am trying to understand, frankly, why anybody cares whether the government owns the building or not? I mean, you just do a straight piece of financial analysis.

For instance, the government does not own most of its office buildings these days. The government gets somebody to build a building and then does a lease-back arrangement of some kind. Why do you not do that for health care? What makes health care buildings different?

Ms Sigurdson: When you are looking at space for health care, you are not just looking at space, you are looking at equipment, you are looking at all kinds of things that go along with it. The Department of Finance can probably move in here tomorrow; they would just have to bring their computers and their desks. However, it is a bit more complicated when you are looking at the kind of equipment that is necessary to put in a medical clinic.

The Chairman: Thank you all for coming. I appreciate you taking the time to be with us.

Senators, Mr. Barry Shtatleman, a walk-on, wishes to make a statement.

Le président: Il y a plus longtemps encore?

M. Moist: Non. J'ai fréquenté moi-même cette clinique quand j'ai subi une arthroscopie des genoux et que je me suis vu offrir le service, pour la semaine suivante, plutôt que de le recevoir dans le système de santé.

Le président: Imaginons un scénario où le bâtiment appartient soit au gouvernement, soit à une personne dans le secteur privé, mais où, dans un cas ou dans l'autre, les patients sont couverts par l'assurance-maladie. Croyez-vous que cela va probablement permettre au gouvernement d'économiser beaucoup d'argent?

Mme Sigurdson: De la façon dont je comprends la situation, d'abord, il y aura une expansion des services à la clinique Pan Am. Deuxièmement, on dépendra moins des services dispensés dans les hôpitaux parce que la capacité va devenir plus grande. Si j'ai besoin d'une arthroscopie, il est nettement moins probable que je me retrouve à l'hôpital, non pas que j'aie à y coucher, mais il existe certaines interventions qui se font toujours dans les hôpitaux, mais qui ne se faisaient pas auparavant à la clinique Pan Am; il y aura donc élargissement des services en consultation externe.

Le président: Présument, ils auraient pu donner de l'expansion à la clinique et prévoir toujours que les coûts des services aux malades soient assumés par le gouvernement, même si le gouvernement n'est pas le propriétaire du bâtiment, n'est-ce pas?

Mme Sigurdson: Sauf que tout l'argent revient dans le système public en ce moment, n'est-ce pas?

Le président: J'essaie seulement de comprendre l'aspect économique de la chose. Je comprends tout à fait pourquoi vous vous interrogez sur le nombre de jours d'attente, comme M. Moist l'a souligné, là où il serait possible de verser un supplément et d'avancer dans la file. J'essaie de saisir, pour être franc, pourquoi quiconque se préoccuperait de savoir si c'est le gouvernement qui est propriétaire du bâtiment ou non. Enfin: il suffit d'une analyse financière assez simple.

Par exemple, le gouvernement n'est pas propriétaire de la plupart de ses tours à bureaux de nos jours. Il obtient que quelqu'un construise le bâtiment, puis il fait établir une sorte de contrat de cession-bail. Pourquoi ne le faites-vous pas pour la santé? En quoi les bâtiments où l'on dispense des soins de santé sont-ils différents?

Mme Sigurdson: Quand vous étudiez la question des locaux pour les soins de santé, il n'y a pas que l'espace qui entre en ligne de compte: il y a aussi l'équipement, il y a toutes sortes de choses qui entrent en ligne de compte. Le ministère des Finances peut probablement en parler demain; ses responsables n'auraient qu'à y installer leurs ordinateurs et leurs bureaux. Toutefois, c'est un peu plus compliqué quand il est question de l'équipement nécessaire au fonctionnement d'un centre médical.

Le président: Merci à tous d'être venus. J'apprécie le fait que vous ayez pris le temps de venir nous voir.

Sénateurs, M. Barry Shtatleman, qui ne figure pas parmi nos témoins officiels, souhaite présenter un exposé.

As you know, Mr. Shtatleman, our policy is that you have five minutes to make your presentation. There will be no comments from the panel.

I notice you have been here for awhile. Thank you very much for coming. Go ahead, sir, whenever you are ready.

Mr. Barry Shtatleman: Thank you very much. I appreciate your kindness.

On August 13 of this year, the *Winnipeg Free Press* printed excerpts from a survey out of Montreal conducted by Leger Marketing. Mr. Leger said that the poll and other studies suggest a shift in Canadian's concerns toward giving more attention to collective values. The report said that Canadians are less preoccupied about the deficit or the debt and most preoccupied about social values. Please understand this survey was made long before —

The Chairman: September 11?

Mr. Shtatleman: The survey was conducted long before even the possibility of a downturn in the economy, so I would suggest that this would be even more pertinent today.

Canadians generally have a strong egalitarian conviction. Indeed, universal health care is considered intrinsic to democracy, and Canadians see their health care system as something precious that somehow identifies them in some inexplicable way.

Poll after poll indicate that Canadians do not mind being taxed in order to have that quality of health delivery that they believe they have a right to, and deservedly so.

According to Statistics Canada, during the Mulroney Conservative era, approximately \$30 billion was removed from the health delivery system in Canada as a result of the great deficit that occurred at that time, even though we had removed so much money from health care in order to balance the books. God knows why they would do that, but they did it. Paul Martin was forced to remove a further \$6 billion before restoring a portion of it last year. It is a wonder that our medicare system even survived at all, frankly.

So here we are today, even after last year's cash infusion of \$23 billion over five years to health care in Canada, the federal government only covers about 14 percent of health costs. That is still well below the pre-cutback days of 1994 and 1995 when Ottawa picked up about 18 percent of the provinces' health care costs. So, we have a bruised system, but one that is still going strong in spite of all the attacks.

The interim report that your committee released on September 17 said the Canada Health Act should be updated to allow for more private medicine and predicted a Charter of Rights challenge related to access to health care within the next few years, no doubt from American health insurance corporations and those who have long sought dreams of investing in private health care.

Comme vous le savez, monsieur Shtatleman, notre politique consiste à accorder au témoin cinq minutes pour présenter son exposé. Il n'y aura pas d'observations de la part du groupe.

J'ai remarqué que vous êtes là depuis un bon moment. Merci beaucoup d'être venu. Je vous prie de commencer quand vous serez prêt à le faire, monsieur Shtatleman.

M. Barry Shtatleman: Merci beaucoup. J'apprécie votre bienveillance.

Le 13 août, le *Winnipeg Free Press* a publié des extraits d'un sondage réalisé à Montréal de la société Léger Marketing. M. Léger a affirmé que ce sondage et d'autres études invitent à croire à une évolution des préoccupations des Canadiens en faveur des valeurs collectives. Selon l'article de journal, les Canadiens se soucient moins du déficit ou de la dette, et davantage de valeurs sociales. Veuillez comprendre que l'enquête en question a été réalisée avant...

Le président: Le 11 septembre?

M. Shtatleman: L'enquête a été réalisée bien avant la possibilité d'un ralentissement de l'économie; j'oserais croire que cela serait encore plus pertinent aujourd'hui.

Les Canadiens, de façon générale, ont de solides convictions égalitaristes. De fait, les soins de santé universels sont considérés comme étant un élément intrinsèque de la démocratie, et les Canadiens perçoivent leur système de santé comme étant une chose précieuse qui les définit d'une manière un peu inexplicable.

Sondage sur sondage le démontrent: cela ne dérange pas les Canadiens d'être imposés pour des soins de santé de qualité auxquels ils croient avoir droit et à juste titre.

Selon Statistique Canada, à l'époque de l'administration conservatrice Mulroney, quelque 30 milliards de dollars ont été éliminés du système de santé du Canada pour que soit réduit le plus grand déficit connu jusqu'à ce moment-là, même si nous avions déjà retiré tellement d'argent du système de santé pour équilibrer le budget. Dieu seul sait pourquoi ils voulaient faire cela, mais ils l'ont fait. Paul Martin a été obligé de supprimer six milliards de dollars supplémentaires avant de rétablir une partie du budget l'an dernier. C'est un miracle que notre régime d'assurance-maladie ait même survécu à tout cela, pour être franc.

Nous voilà donc aujourd'hui, et même après l'injection l'an dernier de 23 milliards de dollars prévus sur cinq ans pour aider les soins de santé au Canada, le gouvernement fédéral n'assume qu'environ 14 p. 100 des coûts dans le domaine de la santé. C'est encore bien inférieur aux taux préalables aux compressions, en 1994 et 1995. À ce moment-là, Ottawa assumait environ 18 p. 100 des coûts de la santé des provinces. Nous sommes donc aux prises avec un système meurtri, mais un système qui fonctionne toujours bien malgré toutes les attaques.

Selon le rapport provisoire que votre Comité a publié le 17 septembre, la Loi canadienne sur la santé devrait être mise à jour de manière à accorder une plus grande place à la médecine privée et pour tenir compte d'une contestation à prévoir, fondée sur la Charte des droits, en ce qui concerne l'accès aux soins de santé, durant les quelques prochaines années, contestation qui proviendra sans nul doute de sociétés d'assurance-santé américai-

Interestingly enough, the *Journal of the American Medical Association* in 1999 published findings of an exhaustive 10-year study of private for-profit market medicine in the United States. The bottom line is that it is a total disaster. That is all there is to it.

There are those who talk about private health care in other jurisdictions. Let's look at those that may be successful. Let's look at Sweden, at Australia, at France. Look in the mirror.

Let's look at Alberta for a moment, with their disastrous for-profit eye clinics. After all, is it not reasonable to expect investor profits to take precedence over quality health care? Would you have Canadians believe otherwise? If you do, I have a bridge I would like to sell you.

The United States provides a window into this private health care future. The prestigious *New England Journal of Medicine* reported in August 1999 that for decades studies have shown that private for-profit hospitals are 3 to 11 percent more expensive than not-for-profit hospitals. The drive for profit is compromising the quality of care. The number of uninsured persons is increasing. Costs are escalating and spiralling out of control rapidly, not to mention the billions of dollars of fraud taking place in the United States at this very minute, with no controls over it. Thank you very much.

Australia, amongst other nations, provides a further window into the failure of a private health system operating alongside a publicly funded one — which became the impetus for changes to their health care system. Over the past decade or so, however, state governments began to allow profit-making health care companies to bid to take over public hospitals. The difference was to be that the privatized public hospital would operate more efficiently. Just how this was supposed to happen was never made clear. Government simply assumed that private enterprise would be more cost effective in all fields and that privatized hospitals would provide more bang for the medicare buck. How wrong they were.

First, the privatization of Australia's health care has not achieved one of the major benefits that proponents promised. It has not eased pressure on the public system. In fact, waiting lists in public hospitals are longer than ever. The more specialists who work in the private tier, the less time they have to work in the public one.

As well, privatization does not save money. Australia's federal government has been forced to subsidize the private health industry to the tune of \$2.2 billion a year just to keep going. Politically and financially, Australia's privatization attempt of health care has been a stunning disaster.

nes — qui rêvent depuis longtemps d'investir dans les soins de santé privés.

Fait assez intéressant, en 1999, le *Journal of the American Medical Association* a publié les résultats d'une étude exhaustive de dix ans portant sur le marché de la médecine privée à but lucratif aux États-Unis. Constat: c'est la catastrophe la plus totale. Il n'y a rien d'autre à dire là-dessus.

Il y en a qui parlent des soins de santé privés dispensés ailleurs. Regardons les cas où cela peut être un succès. Regardons la Suède, l'Australie, la France. Regardons-nous dans le miroir.

Regardons l'Alberta pour l'instant, avec ses cliniques oculaires à but lucratif, qui sont un désastre. Après tout, n'est-il pas raisonnable de s'attendre à ce que les profits des investisseurs aient préséance sur la qualité des soins de santé? Pensez-vous que les Canadiens pourraient croire autre chose? Si c'est le cas, j'ai des actions de Bre-X à vous vendre.

Les États-Unis sont une sorte de fenêtre sur un avenir où s'appliquent les soins de santé privés. Le prestigieux *New England Journal of Medicine* signalait, en août 1999, que depuis des décennies, les études démontrent que le coût des hôpitaux privés à but lucratif est de 3 à 11 p. 100 supérieur à celui des hôpitaux sans but lucratif. La recherche du profit compromet la qualité des soins. Le nombre de personnes sans assurance est à la hausse. Les coûts connaissent une augmentation vertigineuse et deviennent rapidement exorbitants, sans compter les fraudes valant des milliards de dollars qui ont lieu aux États-Unis au moment même où nous nous parlons, sans qu'aucun contrôle ne soit exercé. Merci beaucoup.

L'Australie, entre autres pays, est une autre fenêtre sur l'échec que constituerait un système de santé privé aux côtés d'un système étatique — ce qui est devenu la raison des changements apportés à son propre système de santé. Au cours des dix dernières années environ, les gouvernements des États australiens ont commencé à permettre à des sociétés à but lucratif du domaine de la santé de soumissionner pour prendre les rênes d'hôpitaux publics. La différence envisagée, c'est que les hôpitaux privatisés devaient être plus efficaces. Comment? On ne l'a jamais dit clairement. Le gouvernement a simplement présumé que l'entreprise privée contrôlerait mieux ses coûts dans tous les domaines et que les hôpitaux privatisés offriraient une plus grande valeur en échange des sommes investies. Quelle erreur de leur part.

Premièrement, la privatisation des soins de santé en Australie n'a pas débouché sur l'un des avantages importants que ses défenseurs avaient promis. Elle n'a pas soulagé la pression sur le système public. De fait, les listes d'attente dans les hôpitaux publics sont plus longues que jamais. Plus il y a de spécialistes qui travaillent du côté privé, moins ils ont de temps pour travailler du côté public.

De même, la privatisation ne permet pas d'économies. Le gouvernement fédéral australien a été obligé de subventionner l'industrie privée de la santé à la hauteur de 2,2 milliards de dollars par année, pour seulement que les choses se maintiennent. Politiquement et financièrement, la tentative australienne de

We do not have time for me to give you further research that I have done, empirical evidence, not opinion like the Fraser Institute.

I would add one more thing. You will find this very interesting. Charles Baillie, Chief Executive Officer of the TD Bank, devoted a whole speech a little over year ago to the topic of public healthcare in Canada, preserving a competitive advantage. Mr. Baillie chose the topic because, as he said, he believes it is high time that those in the private sector went on the record to make the case that Canada's public health care system is an economic asset, not a burden, an asset that today more than ever our country dare not lose. I agree and so do most Canadians, frankly.

The Chairman: Thank you, sir, for your comment and for your well-researched effort. We appreciate you taking the time to be here today.

Mr. Shtatleman: I wish I had the time to give you the research on other countries. It would be an eye-opener.

The Chairman: Thank you, again, and thank you to the people who have been sitting patiently in the audience all day. We appreciate you taking the time to be with us.

The committee adjourned.

privatiser les soins de santé s'est révélée être une catastrophe éblouissante.

Je n'ai pas le temps de vous parler plus à fond des recherches que j'ai faites, des données empiriques que j'ai recueillies et non pas des opinions à la manière du Fraser Institute.

J'ajouterais une seule chose. Vous allez trouver cela très intéressant. Charles Baillie, directeur général de la Banque TD, a consacré tout un discours il y a un peu plus d'un an à la question des soins de santé publics au Canada, à l'idée de préserver un avantage concurrentiel. M. Baillie a choisi ce sujet parce que, comme il l'a dit, il est grand temps que les membres du secteur privé se lèvent et affirment que le système de santé public du Canada est un atout économique, et non pas un fardeau, atout que notre pays, aujourd'hui plus que jamais, n'oserait perdre. Je suis d'accord avec lui tout comme le sont la plupart des Canadiens, pour être franc.

Le président: Merci, monsieur, des observations que vous avez formulées et du travail de recherche bien fait dont vous nous avez fait part. Nous apprécions le fait que vous ayez pris le temps de venir ici aujourd'hui.

M. Shtatleman: J'aimerais avoir le temps de vous révéler les recherches que j'ai faites sur d'autres pays. Cela vous ouvrirait les yeux.

Le président: Merci, encore une fois, et merci aux gens qui ont assisté patiemment à l'audience durant toute la journée. Nous apprécions le fait que vous preniez le temps pour être avec nous.

La séance est levée.

From Hospice and Palliative Care Manitoba:

Dr. Paul Henteleff, Chair, Advocacy Committee;

John Bond, Member of Advocacy Committee;

Margaret Clarke, Executive Director.

From the Canadian Union of Public Employees in Manitoba (CUPE):

Paul Moist, President;

Lorraine Sigurdson, Health Care Coordinator.

From the Société franco-manitobaine:

Daniel Boucher, Chief Executive Officer.

As a walk-on:

Barry Shtatleman.

De Hospice and Palliative Care Manitoba:

M. Paul Henteleff, président, Comité de parrainage;

M. John Bond, membre, Comité de parrainage;

Margaret Clarke, directrice générale.

De la Canadian Union of Public Employees in Manitoba (CUPE):

Paul Moist, président;

Lorraine Sigurdson, coordonnatrice des soins de santé;

De la Société franco-manitobaine:

Daniel Boucher, président-directeur général.

Témoignage libre:

Barry Shtatleman.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada —
Publishing
45 Sacré-Cœur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —
Édition
45 Boulevard Sacré-Cœur,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the University of Manitoba:

Linda West, Professor, Asper School of Business.

From the Frontier Centre for Public Policy:

Peter Holle, President.

From the Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development:

Dr. Henry Friesen, Team Leader;

Dr. John Foerster;

Dr. Audrey Tingle;

Chuck Laflèche.

From the Regional Health Authorities of Manitoba:

Bill Bryant, Chair, Council of Chairs;

Kevin Beresford, Chair, Council of CEOs;

Randy Lock, Executive Director.

From the Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation:

Dr. Noralou Roos.

From the Women's Health Clinic:

Madeline Boscoe, Advocacy Coordinator.

De l'Université du Manitoba:

Mme Linda West, professeure, Asper School of Business.

Du Frontier Centre for Public Policy:

Peter Holle, président.

Du Western Canadian Task Force on Health Research and Economic Development:

M. Henry Friesen, chef d'équipe;

M. John Foerster;

Mme Audrey Tingle;

Chuck Laflèche.

Des offices régionaux de la santé du Manitoba:

Bill Bryant, président, Conseil des présidents;

Kevin Beresford, président, Conseil des administrateurs;

Randy Lock, directeur général.

Du Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba:

Mme Noralou Roos.

De la Women's Health Clinic:

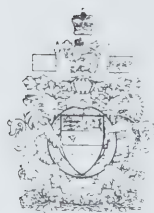
Madeline Boscoe, coordonnatrice de parrainage.

(Continued on previous page)

(Suite à la page précédente)

26
551

Document
F-113-10-100



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001

Première session de la
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Thursday, October 16, 2001

Le jeudi 16 octobre 2001

Issue No. 31

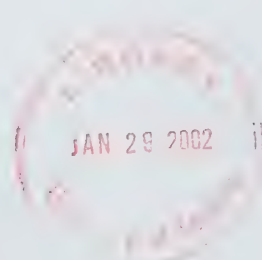
Fascicule n° 31

Twenty-sixth meeting on:
The state of the health care system in Canada

Vingt-sixième réunion concernant:
L'état du système de soins de santé au Canada

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

| | |
|----------------------|------------------|
| Callbeck | * Lynch-Staunton |
| * Carstairs, P.C. | (or Kinsella) |
| (or Robichaud, P.C.) | Keon |
| Carney, P.C. | Morin |
| Cook | Pépin |
| Cordy | Robertson |
| Fairbairn, P.C. | Roche |

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

| | |
|----------------------|------------------|
| Callbeck | * Lynch-Staunton |
| * Carstairs, c.p. | (ou Kinsella) |
| (ou Robichaud, c.p.) | Keon |
| Carney, c.p. | Morin |
| Cook | Pépin |
| Cordy | Robertson |
| Fairbairn, c.p. | Roche |

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

MINUTES OF PROCEEDINGS

SASKATOON, Tuesday, October 16, 2001

(35)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in the East Room, Sheraton Cavalier Saskatoon Hotel, Saskatoon, Saskatchewan, at 9:02 a.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Keon, Kirby, Morin, and Pépin (4).

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see proceedings of the committee, Issue No. 2.*)

WITNESSES:

From the Saskatchewan Registered Nurses' Association:

June Blau, President.

From the Victorian Order of Nurses:

Bob Layne, Vice-President, Planning and Government Relations (Western Region).

Lois Clark, Executive Director, VON North Central Saskatchewan.

Brenda Smith, National Board Member (Saskatchewan).

From the Community Health Services (Saskatoon) Association:

Kathleen Storrie, Vice-President;

Ingrid Larson, Director, Member Relations.

As an individual:

Dr. John Bury.

From the Canadian Union of Public Employees (CUPE) Saskatchewan:

Tom Graham, President, CUPE Saskatchewan;

Stephen Foley, President, Health Care Council;

John Welden, Health Care Coordinator, Health Care Council.

From the Saskatoon Chamber of Commerce:

Dave Ductchak, President;

Kent Smith-Windsor, Executive Director;

Jodi Blackwell, Research and Operations Director.

From the Arthritis Society of Saskatchewan:

Sherry McKinnon, Executive Director;

Joy Tappin, Board Member.

PROCÈS-VERBAL

SASKATOON, le mardi 16 octobre 2001

(35)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 h 02, dans le East Room de l'hôtel Sheraton Cavalier Saskatoon, à Saskatoon, en Saskatchewan, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Keon, Kirby, Morin et Pépin (4).

Également présente: De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement, Odette Madore.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

En conformité avec l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son étude spéciale de l'état du système de soins de santé au Canada. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi se trouve dans le fascicule n° 2 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS:

De la Saskatchewan Registered Nurses' Association:

June Blau, présidente.

De les Infirmières de l'Ordre de Victoria:

Bob Layne, vice-président, Planification et relations gouvernementales (région de l'Ouest);

Lois Clark, directrice générale, IOV du centre-nord de la Saskatchewan;

Brenda Smith, membre du conseil d'administration national (Saskatchewan).

De l'Association des services des soins de santé communautaires (Saskatoon):

Kathleen Storrie, vice-présidente;

Ingrid Larson, directrice des relations avec les membres.

À titre personnel:

Le Dr John Bury.

Du Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) de la Saskatchewan:

Tom Graham, président, SCFP Saskatchewan;

Stephen Foley, président, Conseil de la santé;

John Welden, coordonnateur de la santé, Conseil de la santé.

De la Chambre de commerce de Saskatoon:

Dave Ductchak, président;

Kent Smith-Windsor, directeur général;

Jodi Blackwell, directrice de la recherche et des opérations.

De la Société d'arthrite de la Saskatchewan:

Sherry McKinnon, directrice exécutive;

Joy Tappin, membre du conseil d'administration.

From the Canadian Parks and Recreation:

Randy Goulden, Executive Director, Tourism Yorkton.

From the Métis National Council:

Gerald Morin, President:

Don Fidler, Director, Health Care.

The Chairman made a statement. Ms Blau made a statement. Mr. Layne made a statement. The witnesses answered questions.

The Chairman made a statement. Professor Storrie made a statement. Dr. Bury made a statement. The witnesses answered questions.

The Chairman made a statement. Mr. Foley made a statement. Mr. Welden made a statement. Mr. Graham made a statement. The witnesses answered questions.

At 12:04 p.m., the sitting was suspended.

At 12:59 p.m., the sitting was resumed.

The Chairman made a statement. Mr. Smith-Windsor made a statement. Ms Blackwell made a statement. The witnesses answered questions.

The Chairman made a statement. Ms McKinnon made a statement. Ms Goulden made a statement. The witnesses answered questions.

The Chairman made a statement. Mr. Morin made a statement, and, together with Mr. Fidler, answered questions.

At 2:43 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

De l'Association canadienne des loisirs/parcs:

Randy Goulden, directeur exécutif, Tourisme Yorkton.

Du Ralliement national des Métis:

Gerald Morin, président:

Don Fidler, directeur, Soins de santé.

Le président prononce un mot de bienvenue, après quoi Mme Blau fait un exposé, suivie de M. Layne. Les témoins répondent ensuite aux questions.

Le président fait une déclaration. Mme Storrie fait un exposé, suivie de M. Bury. Les témoins répondent ensuite aux questions.

Le président fait une déclaration. M. Foley fait un exposé, suivi de M. Welden et de M. Graham. Les témoins répondent ensuite aux questions.

À 12 h 04, les travaux sont suspendus.

À 12 h 59, les travaux reprennent.

Le président fait une déclaration. M. Smith-Windsor fait un exposé, suivi de Mme Blackwell. Les témoins répondent ensuite aux questions.

Le président fait une déclaration. Mme McKinnon fait un exposé, suivie de Mme Goulden. Les témoins répondent ensuite aux questions.

Le président fait une déclaration. M. Morin fait un exposé, puis, avec l'aide de M. Fidler, répond aux questions.

À 14 h 43, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du comité.

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

SASKATOON, Tuesday, October 16, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9:02 a.m. to examine the state of the health care system in Canada.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[English]

The Chairman: We are delighted to be in Saskatoon on the first day of winter. It has been cold in the East, but not quite this cold. However, I went for a good walk this morning and the weather was terrific out there.

Our first two witnesses this morning are June Blau, President of the Saskatchewan Registered Nurses Association; and Bob Layne, Vice-President of Planning and Public Relations, Western Region, for the Victorian Order of Nurses.

We are delighted to have the two of you with us. I know you have given us some submissions. We would like you to take a few minutes at the beginning to hit the highlights, and then we will proceed to ask you questions.

Ms June Blau, President, Saskatchewan Registered Nurses' Association: Good morning, ladies and gentlemen. I too am delighted that the committee was willing to rearrange its schedule so I could come early this morning; that was most helpful. Thank you, also, for the opportunity to speak today on behalf of the nurses of Saskatchewan.

You read my mind; as I was driving up this morning from Regina, I thought, okay, hit the highlights, hit the high spots, and then we will talk later. That works for me.

The Chairman: I must tell you, probably 20 years ago now, the first time I visited Saskatchewan, I actually drove the other way, but I deliberately went through the Qu'Appelle Valley, which was a longer drive. It was about this time of year, this time of day, when the feeling of fall was just perfect. You had a good day for driving down, at least.

Ms Blau: We did indeed. I want to tell you first a little about our association. It is included in the submission that we presented to you, so I will hit the high spots. We represent roughly 9,000 registered nurses, all the registered nurses in the province. We really commend the committee on the approach that you have taken and the thoroughness with which you have dealt with this topic so far. We are encouraged by the thoroughness of the process and we want you to know that. We see that your focus is on the public, and we share that focus.

Our association was established by provincial legislation in 1917. We are both the regulatory body and the professional association for the nurses of the province. Our standards are set out in the act and our mandate is to maintain and uphold those

TÉMOIGNAGES

SASKATOON, le mardi 16 octobre 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 h 02 pour étudier le système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[Traduction]

Le président: Nous sommes ravis d'être à Saskatoon pour la première journée d'hiver. Il faisait froid dans l'Est, mais pas tout à fait autant. Cependant, j'ai fait une agréable promenade, ce matin, et le temps était magnifique.

Les deux premiers témoins que nous entendrons ce matin sont June Blau, présidente de la Saskatchewan Registered Nurses' Association, et Bob Layne, vice-président, Planification et relations gouvernementales, région de l'Ouest, des Infirmières de l'Ordre de Victoria.

Nous sommes ravis de vous compter parmi nous. Je sais que vous nous avez remis certains mémoires. Nous aimerions que vous preniez quelques minutes au début pour en souligner les points saillants, puis nous allons vous poser des questions.

Mme June Blau, présidente, Saskatchewan Registered Nurses' Association: Mesdames et messieurs, bonjour. Je suis moi aussi ravie que le comité ait pu réorganiser son horaire pour me permettre d'être ici tôt ce matin. Vous m'avez été fort utiles. Merci également de l'occasion que vous me donnez de m'adresser à vous au nom des infirmières de la Saskatchewan.

Vous avez lu dans mes pensées. En venant de Regina en voiture, ce matin, je me suis dit que j'allais m'en tenir aux points saillants et aux grands titres, après quoi nous discuterons. Le programme me convient parfaitement.

Le président: Je dois vous dire que, il y a probablement une vingtaine d'années maintenant, j'ai, à l'occasion de ma première visite en Saskatchewan, fait le trajet en sens inverse, mais j'ai délibérément emprunté la vallée de la Qu'Appelle, et donc opté pour un trajet plus long. C'était à peu près à cette époque-ci de l'année et à ce moment-ci de la journée, quand la sensation de l'automne est absolument parfaite. Au moins, vous avez eu du beau temps pour faire la route.

Mme Blau: Oui, c'est certain. Permettez-moi d'abord de vous dire un mot au sujet de notre association. Ces renseignements figurent dans le mémoire que nous vous avons soumis. Je m'en tiendrai donc aux points saillants. Nous représentons quelque 9 000 infirmières accréditées, soit la totalité des infirmières accréditées de la Saskatchewan. Nous tenons à féliciter le comité de l'approche qu'il a adoptée et du souci d'exhaustivité avec lequel il a jusqu'ici abordé la question à l'étude. Nous sommes encouragés par l'exhaustivité du processus, et nous tenons à ce que vous le sachiez. Nous constatons que vous mettez l'accent sur le public, et c'est aussi ce que nous préconisons.

Notre association a été créée en 1917 au moyen d'une loi de l'assemblée législative provinciale. Nous faisons à la fois office d'organisme de réglementation et d'association professionnelle des infirmières de la province. Les normes qui nous régissent sont

standards. Our vision is of registered nurses as partners in an informed, healthy society. Our mission is competent, caring nursing for the people of Saskatchewan.

We believe in a citizen-centred approach to health care. We believe that citizen involvement needs to occur at every level of decision making. We also acknowledge the fundamental components of health — peace, shelter, education, food, income — that you have detailed in your report. Within that, we want to highlight three things that we think are integral to the survival of Canada's health care system.

The first is a primary health care delivery model. The second is stability and quality as changes occur over time. The third is health human resource management, which has been sort of seat-of-the-pants management up to this point, and needs to be much more carefully considered.

Having said that, I will go to the last page of our submission and look with you at the recommendations. It is actually page 7, if you are following along.

We think there is some urgency to the need for change, but at the same time, we need to be concerned with maintaining stability while that change is happening. We are urging our provincial government not to procrastinate any longer. We want to see change occur, but we want to see planned change, with people involved at the levels that the changes are occurring.

We advocate a strong, comprehensive primary health care system as the cornerstone of an overall health strategy for Saskatchewan, and we also recommend that for Canada.

We recommend that centres of excellence for primary health care be established by operationalizing two primary health care demonstration projects here in the province, one rural and one urban, by the spring of 2002. We want particular attention to be paid to Aboriginal and women's health, as those are vulnerable groups in our population. We note with pleasure that you have spent some time considering Aboriginal health, and we certainly support that.

A national health quality council should be established with strong citizen representation. There are a number of ways to look at that kind of council. You can consider some citizen participation and a lot of health care providers included in it. Or you can use the approach of a citizen committee or council, with the provider groups and others as advisers to that council. We are leaving you with those two notions of how that might work best. It needs to be accountable to the Government of Canada and to the people of Canada. I believe you have said those are your beliefs as well.

définies dans la loi, et nous avons pour mandat d'assurer le maintien et le respect de ces normes. Notre vision est celle d'infirmières accréditées qui font partie intégrante d'une société saine et éclairée. Nous nous sommes donné pour mission d'assurer aux résidents de la Saskatchewan des soins infirmiers humains et compétents.

Nous croyons à une approche des soins de santé axée sur les citoyens. Nous pensons que les citoyens doivent intervenir à toutes les étapes du processus décisionnel. Nous reconnaissons également les aspects fondamentaux de la santé — la paix, le logement, l'éducation, l'alimentation, le revenu — que vous avez présentés en détail dans votre rapport. À l'intérieur de ces paramètres, nous tenons à souligner trois aspects qui, à notre avis, sont essentiels à la survie du système de soins de santé du Canada.

Le premier a trait au modèle de prestation des soins de santé primaires. Le deuxième concerne la stabilité et la qualité au fil des modifications apportées. Le troisième renvoie à la gestion des ressources humaines en santé: jusqu'ici, on s'est contenté d'une sorte de gestion empirique, et on devra accorder à cette question une attention beaucoup plus grande.

Cela dit, je vais maintenant passer à la dernière page de notre mémoire et étudier les recommandations avec vous. Si vous suivez, il s'agit en fait de la page 7.

Nous pensons que le besoin de changement fait l'objet d'une certaine urgence, mais, en même temps, nous devons demeurer soucieux du maintien de la stabilité pendant que les changements se déroulent. Nous invitons notre gouvernement provincial à ne plus tergiverser. Nous voulons que des changements interviennent, mais nous tenons à ce qu'il s'agisse de changements planifiés, les citoyens étant invités à intervenir à toutes les étapes du processus.

Nous sommes en faveur d'un système de soins de santé primaires solide et exhaustif comme pierre d'angle de la stratégie générale de la santé de la Saskatchewan, et c'est aussi ce que nous recommandons pour le Canada.

Nous recommandons l'établissement de centres d'excellence en soins de santé primaires. Pour ce faire, il suffirait d'opérationnaliser, d'ici le printemps 2002, deux projets pilotes entrepris dans la province dans le domaine des soins primaires, un en milieu rural et l'autre en milieu urbain. Nous tenons à ce qu'on accorde une attention toute particulière à la santé des Autochtones et des femmes, qui représentent des groupes vulnérables au sein de notre population. Nous constatons avec plaisir que vous avez consacré un certain temps à l'étude de la santé des Autochtones, et il est certain que nous approuvons cette démarche.

On devrait établir un conseil national de la qualité des soins au sein duquel les citoyens bénéficieraient d'une forte représentation. On peut envisager un tel conseil sous différents angles. On peut y associer quelques citoyens et un grand nombre de fournisseurs de soins de santé. On peut aussi procéder à l'inverse et opter pour un comité ou un conseil de citoyens, les fournisseurs et d'autres intervenants étant invités à y siéger à titre de conseillers. Nous vous laissons le soin de soupeser les deux possibilités et de définir celle qui convient le mieux. Le conseil en question devrait rendre des comptes au gouvernement et aux citoyens du Canada. Je crois savoir qu'il s'agit de croyances que vous avez dit partager.

The committee has recognized that nurses are integral to a quality primary health care system and has acknowledged the crisis in our nursing human resources and other health human resources. You have identified some short-term strategies to address the above-mentioned points, including healthy, safe workplaces; the tools needed to provide quality nursing care; facilitation of a work-family balance and work interesting enough to attract nurses.

However, though the SRNA is supportive of these recommendations, we feel that these alone are inadequate to meet the goal of recruiting and retaining nurses. More specific, concrete solutions, as opposed to dependence upon the intrinsic rewards of the profession, are mandatory to meet the urgency of this situation.

As we see it, the solution must include increasing the number of funded nursing seats in educational programs across Canada. That number has dropped from 10,000 in 1990 to 4,000.

The Chairman: What do you mean by a "funded nursing seat"?

Ms Blau: Seats that are provided in universities. I am speaking of the number of training positions, the number of education positions.

The Chairman: Are you saying that nursing schools limit the number of people they can take in?

Ms Blau: Yes. They limit it on the basis of the funding that is provided for education.

Senator Pépin: For students?

Ms Blau: For students. We are limited in Saskatchewan right now to 260 seats; we need at least 400. The Province of British Columbia, for example, has only ever trained 50 per cent or less of their needs because they rely on recruitment from other provinces. Consequently, we train and they use, and that has been the philosophy ever since I became a nurse.

The Chairman: I am sorry to sidetrack you. I just wanted to make sure I understood the idea.

Ms Blau: It is good to do that.

There is the issue of tuition support for nursing students. We are finding that nursing students are often not sequential students, so do not have the same access to student loan programs that young, coming-out-of-high-school students do.

I had a student approach me recently to say that she had been denied access to further student loans for tuition and books — this was a loan, this was something she was prepared to repay — on the basis that she was married and had other options. Like she should go and work at McDonald's after school. She was married and had a family. It was also suggested that maybe she could get a

Le comité a convenu que les infirmières font partie intégrante d'un système de soins de santé primaires de qualité et que les ressources humaines en nursing et dans d'autres domaines de la santé sont en crise. Vous avez défini certaines stratégies à court terme pour remédier à certains des problèmes mentionnés ci-dessus, y compris des milieux de travail sains et sûrs, les outils nécessaires pour assurer des soins infirmiers de qualité et, enfin, la prise de mesures de façon à faciliter l'équilibre des obligations professionnelles et familiales et à rendre le travail suffisamment intéressant pour attirer les infirmières.

Bien que notre association soit favorable à ces recommandations, nous sommes cependant d'avis qu'elles ne suffisent pas pour répondre au but que représentent le recrutement et le maintien en emploi des infirmières. De façon plus précise, on doit, pour répondre à l'urgence de la situation, adopter des solutions concrètes et non s'en remettre aux récompenses inhérentes à la profession.

À notre avis, la solution passe par l'augmentation du nombre de sièges en nursing financés dans les programmes éducatifs du Canada. Ce nombre est passé de 10 000 en 1990 à 4 000 aujourd'hui.

Le président: Que voulez-vous dire par «sièges en nursing financés»?

Mme Blau: Je veux parler des places offertes dans les universités. Je fais référence au nombre de places réservées pour la formation et l'éducation des futures infirmières.

Le président: Voulez-vous dire que les écoles de nursing limitent le nombre d'étudiantes qu'elles peuvent accepter?

Mme Blau: Oui. Elles limitent le nombre de places en fonction du financement réservé à l'éducation.

Le sénateur Pépin: Pour les étudiantes?

Mme Blau: Pour les étudiantes. En Saskatchewan, nous sommes actuellement limités à 260 places. Il nous en faut au moins 400. À titre d'exemple, la Colombie-Britannique a toujours formé 50 p. 100 ou moins des infirmières dont elle a besoin parce qu'elle mise sur le recrutement dans d'autres provinces. Par conséquent, nous formons des infirmières, et cette province les utilise. La même philosophie s'applique depuis que je suis devenue infirmière.

Le président: Pardonnez-moi de vous avoir fait dévier. Je tenais à être certain de bien comprendre l'idée.

Mme Blau: C'est l'attitude qu'il faut avoir.

Il y a également la question de l'aide accordée aux étudiantes en nursing pour les frais de scolarité. Ce que nous constatons, c'est qu'il arrive souvent que les étudiantes en nursing interrompent leurs études. Elles ne bénéficient donc pas du même accès aux programmes de prêts aux étudiants que les jeunes qui sortent tout juste de l'école secondaire.

Récemment, une étudiante m'a appris qu'on lui avait refusé l'accès à de nouveaux prêts aux étudiants pour les frais de scolarité et les livres — il s'agissait d'un prêt, d'une somme qu'elle était prête à rembourser — sous prétexte qu'elle était mariée et que d'autres options s'offraient à elle. Comme si elle devrait aller travailler chez McDonald's après ses cours. Elle était

legal separation and then she would qualify for a further student loan.

The Chairman: I should not laugh.

Ms Blau: Well, if you do not laugh you will cry. That is where we are at with this.

We need support for mentoring programs for students in their transition from school to workplace and concomitant compensation — boy, there is a mouthful — for experienced nurses in the mentoring role. One of the particulars in there is support for mentoring Aboriginal students. We have a very good peer-support program here in Saskatoon, the Native Access Program to Nursing, that has just worked phenomenally well and is associated with the University of Saskatchewan College of Nursing. We are supporting getting a similar one started in Regina.

We recommend funding for quality workplace programs to establish quality workplace environments. This is related to "magnet hospitals," which is a patented term in the United States. Those are facilities that are able to attract and retain nurses and, perhaps by the same token, other health care providers, as a result of which, they also provide very good patient outcomes. When quality workplaces attract and keep good people, the outcome for the clients is superior.

The SRNA is currently sponsoring, with funding from the provincial government, a quality workplace pilot project in Moose Jaw. We are starting with one of the medical units there. There has been a tremendous response from the people involved. We have a partnership with the Health Services Utilization and Research Commission to develop our assessment tool. We are helping the unit to put a program in place that is based on its needs. It starts out by identifying what they are doing that is good, and what they are doing that needs some work. Then they identify how to improve. We are working on that and looking for more project sites to be established.

Financial support to the nursing profession must be competitive with professionals in other sectors, and the same is true for professional development and continuous learning.

We are confident that the government will continue to demonstrate the required leadership in rejuvenating our national health care system, keeping foremost in mind the needs of the citizens.

Mr. Bob Layne, Vice-President, Planning and Public Relations (Western Region) Victorian Order of Nurses: I welcome the opportunity to make a presentation to this group. We will focus on some of the general ideas identified in the report and then add an additional comment that we feel should be included in it.

mariée et avait une famille. On lui a également suggéré de recourir à une séparation de corps. Ainsi, elle serait déclarée admissible à un nouveau prêt aux étudiants.

Le président: Je ne devrais pas rire.

Mme Blau: Si vous ne riez pas, vous allez pleurer. Voilà où nous en sommes.

Nous avons besoin d'aide pour des programmes de mentorat à l'intention des étudiants qui effectuent la transition de l'école au travail ainsi que d'une compensation concomitante — ce n'est pas facile à prononcer — pour les infirmières chevronnées qui agissent à titre de mentors. L'un des détails à prendre en compte ici a trait au soutien du mentorat d'étudiantes autochtones. Nous disposons d'un très bon programme de soutien par les pairs ici, à Saskatoon, le Native Access Program to Nursing, qui, offert en collaboration avec l'école de nursing de l'Université de la Saskatchewan, a donné des résultats tout simplement phénoménaux. Nous sommes favorables à la mise en branle d'un projet analogue à Regina.

Nous recommandons le financement de programmes visant à établir des milieux de travail de qualité. Je fais ici référence aux «hôpitaux aimants», terme qui a vu le jour aux États-Unis. Il désigne les établissements capables d'attirer et de retenir des infirmières et peut-être, suivant la même logique, d'autres professionnels de la santé, ce qui leur permet d'assurer de très bons résultats à leurs patients. Lorsque des milieux de travail de qualité attirent et conservent en place des employés de qualité, les clients obtiennent des résultats de niveau supérieur.

Notre association parraine actuellement, grâce à une aide financière du gouvernement provincial, un projet pilote de milieu de travail de qualité à Moose Jaw. Nous commençons par une des unités médicales de la ville. La réaction des intéressés a été extraordinaire. Nous avons conclu un partenariat avec la Health Services Utilization and Research Commission pour mettre au point notre outil d'évaluation. Nous aidons l'unité à mettre en place un programme répondant à ses besoins. Cette dernière doit d'abord définir ce qu'elle fait bien et les aspects où il y a place à amélioration. Puis elle arrête les moyens d'améliorer la situation. Nous effectuons du travail en ce sens et comptons sur l'établissement de nouveaux sites de projet.

Le soutien financier de la profession d'infirmière doit être concurrentiel par rapport à celui dont bénéficient les professionnels d'autres secteurs, et il en va de même au chapitre du perfectionnement professionnel et de l'apprentissage continu.

Nous sommes convaincus que le gouvernement continuera de faire preuve du leadership voulu pour rajeunir notre système national de soins de santé, les besoins des citoyens venant au premier rang des préoccupations.

M. Bob Layne, vice-président, Planification et relations gouvernementales (région de l'Ouest), Infirmières de l'Ordre de Victoria: Je suis heureux de l'occasion qui m'est donnée de témoigner devant vous. Nous allons nous en tenir à certaines des idées générales énoncées dans le rapport, puis faire quelques commentaires additionnels qui, à notre avis devraient y être inclus.

VON Canada supports the following options that the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology is considering at this time and strongly urges their inclusion in the final document.

The first is a national home care program for Canadians to be assured of receiving a consistent and appropriate level of care in their homes when it is needed. The second is a commitment from the federal government of funding for information systems that extend into the community and home care sector to allow for reliable and timely patient-client information. This technology will improve continuity and quality of care across the continuum, increasing efficiencies and reducing costs to the overall health care system. The third is an increase in federal funding for research targeted at the community sector of the Canadian health care system. The fourth is a federal commitment to develop programs and policies that recognize and support informal caregivers. Family, friends and neighbours currently provide the bulk of the care to loved ones in the community.

These issues are clearly defined in our written submission of May 2001 to the committee. We are certainly prepared to speak about them today, but you should have the documentation already available.

On behalf of VON Canada, today I would like to highlight one issue that was not noted in the "Issues and Options" report, that is, provincial and federal recognition of the value of not-for-profit organizations working within and/or in support of the health care system. VON raises this issue on behalf of all non-profit agencies across Canada that offer charitable support services and programs to those who cannot afford fee-for-service programs, are not eligible for government funded programs, or need health care or support services that are non-existent within the current government mandate.

This year is the International Year of the Volunteer, and volunteers worldwide are being honoured and recognized for their immense contribution to society. VON strongly believes that the large volunteer component in the health care system in Canada must be formally supported. VON recommends that all levels of government throughout Canada recognize the value of not-for-profit organizations through policies that support, encourage and provide incentives for collaboration, cooperation and partnering with volunteer agencies.

This brings to an end our brief, five-minute introduction that we were requested to provide. I would like to bring two other people to the table for the question-and-answer part. They are Brenda Smith, board chair of the Prairie branch; and Lois Clark, executive director of the North-Central Saskatchewan branch.

Parmi les options qu'envisage actuellement le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, les infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada appuient sans réserve les suivantes et recommandent fortement leur inclusion dans le document final.

La première option a trait à l'établissement d'un programme national de soins à domicile qui donnerait aux Canadiens l'assurance de recevoir chez eux des soins uniformes et appropriés lorsqu'ils en ont besoin. La deuxième concerne l'engagement pris par le gouvernement fédéral de financer des systèmes d'information qui s'appliqueraient jusqu'au secteur des soins communautaires et des soins à domicile, de façon à permettre la production d'information fiable et opportune sur le patient-client. Cette technologie améliorera la continuité et la qualité des soins tout au long du continuum, permettra la réalisation de gains d'efficacité et entraînera une réduction des coûts du système de soins de santé dans son ensemble. La troisième option concerne une augmentation du financement fédéral de la recherche ciblant le secteur communautaire du système de santé du Canada. La quatrième porte sur l'engagement pris par le gouvernement fédéral d'élaborer des programmes et des politiques qui reconnaissent et soutiennent les soignants officiels. À l'heure actuelle, ce sont les parents, les amis et les voisins qui fournissent l'essentiel des soins aux personnes de la collectivité qui leur sont chères.

Ces enjeux sont définis clairement dans le mémoire écrit que nous avons soumis au comité en mai 2001. Nous sommes assurément disposés à en discuter avec vous aujourd'hui, mais vous devez déjà avoir la documentation sous la main.

Au nom de notre association, j'aimerais aujourd'hui faire ressortir un des enjeux absents du rapport intitulé «Questions et options», c'est-à-dire la reconnaissance par les gouvernements provinciaux et fédéral de la valeur du travail que les organismes sans but lucratif accomplissent dans le cadre du système de santé ou à l'appui de celui-ci. Nous soulevons cette question au nom des organismes sans but lucratif du Canada qui offrent des programmes et des services de soutien bénévoles à ceux qui n'ont pas les moyens de s'offrir des programmes payants, ne sont pas admissibles aux programmes financés par le gouvernement ou ont besoin de soins de santé ou de services de soutien qui ne font pas partie du mandat gouvernemental actuel.

En cette Année internationale des volontaires, on honore les bénévoles du monde entier et on reconnaît l'immense contribution qu'ils apportent à la société. Notre association est fortement d'avis que le grand contingent de bénévoles présents dans le système de soins de santé du Canada doit bénéficier d'un appui officiel. Nous recommandons à tous les ordres de gouvernement du Canada de reconnaître la valeur des organismes sans but lucratif au moyen de politiques qui soutiennent, encouragent et favorisent la collaboration, la coopération et le partenariat entre organismes de bénévoles.

Nous arrivons ainsi à la conclusion de la brève introduction de cinq minutes à laquelle on nous a demandé de nous en tenir. J'aimerais inviter deux autres personnes à la table pour la période de questions et de réponses. Il s'agit de Brenda Smith, présidente du conseil d'administration de la section des Prairies, et Lois

The Chairman: That is fine.

For the witnesses and the audience, let me introduce my colleagues, and you will soon discover that I am the one person who does not know anything about the health care system.

Senator Lucie Pépin, on my left, has been in politics for a long time, but her profession is nursing.

Next to her is Senator Yves Morin from Quebec, a former dean of medicine at Laval University.

On my right is Senator Wilbert Keon, who has just stopped practicing cardiac surgery, but is still chief executive officer of the Ottawa Heart Institute.

I am the one with no health care credentials. That is why I am up here, I guess.

Senator Pépin: I am very happy to welcome you all. If you look at me, you will realize that nursing gets you anywhere you want to go.

Listening to you, and to other nurses, I realize that if we are studying improvements to the health care system, we have to do something for nursing. I think it is so important, because you are the backbone of the health system.

I want to be sure I understand what you were saying about the nursing seats. These are the nursing students. Now where do they study — in school, in university? They are not doing their nursing courses in a hospital, like I did?

Ms Blau: No.

Senator Pépin: When you speak about insufficient nursing seats, do you mean those nursing students? Or did I misunderstand?

Ms Blau: In our province, and similarly elsewhere, universities have a certain number of spaces for students. Over the last 10 years, some decisions were made — at what level is not clear to us — to reduce funding for education for nurses.

Senator Pépin: Who want to specialize?

Ms Blau: No, these are basic students. Our numbers dropped from something over 300 to 260. Other provinces have dropped more than half. At the beginning, a seat guarantees you a spot when you graduate. We are graduating 6,000 fewer nurses now per year than in 1990. That is the outcome, but the reason for it is a decrease in funding for nursing education programs.

The Chairman: You said 6,000?

Ms Blau: A 6,000 decrease. It has gone from 10,000 graduating in 1990 to 4,000 last year.

Senator Pépin: It is unbelievable.

Clark, directrice générale de la section de la Saskatchewan du Nord et du Centre.

Le président: C'est bien.

Au bénéfice des témoins et de l'auditoire, je vais maintenant vous présenter mes collègues. Vous aurez tôt fait de constater que je suis le seul à ne rien connaître du système de santé.

Le sénateur Lucie Pépin, assise à ma gauche, fait de la politique depuis longtemps, mais elle est infirmière de profession.

À côté d'elle se trouve le sénateur Yves Morin, du Québec, ex-doyen de la faculté de médecine de l'Université Laval.

À ma droite se trouve le sénateur Wilbert Keon, qui vient tout juste de cesser de pratiquer la chirurgie cardiaque, mais agit toujours à titre de directeur général de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa.

Je suis le seul à n'avoir aucun antécédent dans le domaine de la santé. C'est pour cette raison que je suis juché ici, je suppose.

Le sénateur Pépin: Je suis très heureuse de vous souhaiter la bienvenue à tous. Il suffit de jeter un coup d'oeil en ma direction pour constater que le nursing mène à tout.

À vous entendre et à entendre ce que disent d'autres infirmières, je comprends que nous ne pouvons étudier l'amélioration au système de santé sans faire quelque chose pour les infirmières. C'est important parce que vous êtes l'épine dorsale du système de santé.

Je tiens à être bien certaine de comprendre ce que vous avez dit au sujet des places en nursing. Il s'agit bien ici d'étudiantes en nursing. Où font-elles leurs études — à l'école ou à l'université? Elles ne suivent pas de cours de nursing dans un hôpital comme je l'ai fait n'est-ce pas?

Mme Blau: Non.

Le sénateur Pépin: Lorsque vous faites état du nombre insuffisant du nombre de places en nursing, voulez-vous parler des étudiantes en nursing? Vous ai-je mal comprise?

Mme Blau: Dans notre province et ailleurs, les universités offrent un certain nombre de places aux étudiantes. Au cours des dix dernières années, on a décidé — nous ne savons trop à quel niveau — de réduire le financement des études en sciences infirmières.

Le sénateur Pépin: Celles qui veulent se spécialiser?

Mme Blau: Non, je parle des étudiantes au niveau fondamental. Nous sommes passés de quelque 300 à 260. Dans d'autres provinces, la diminution a été de plus de moitié. Au départ, une place vous garantissait un poste au moment de l'obtention de votre diplôme. À l'heure actuelle, nous diplômons 6 000 infirmières de moins qu'en 1990. C'est le résultat, mais le phénomène s'explique par une diminution du financement du programme d'études en nursing.

Le président: Vous avez dit 6 000?

Mme Blau: Une diminution de 6 000. On est passé de 10 000 infirmières obtenant leur diplôme en 1990 à 4 000 l'année dernière.

Le sénateur Pépin: C'est incroyable.

Ms Blau: The Canadian Nurses Association has those statistics and they would be available to you from them.

Senator Pépin: It seems there is a big problem. When I listen to you, I see that if you want to become a nurse, you have to have a seat at a university, unlike my generation, and maybe some of your generation, where we had to study nursing in the hospital and apply what we were learning. We had two hours of courses every day, and after that we were at the hospital. I was thinking that if we returned to a similar system, at least we would have more nurses.

We were also a team with the doctors and we all were working together. Currently, when you see how the work is divided, you realize the approach is quite different. As you mentioned, we are very well aware of the issues of quality of the workplace and the amount of work available.

We are proposing making some recommendations, but let us say we are looking at different ways of proposing a solution. I do not know if you have had the time to have a look at the report, where we say maybe the nurses would be part of the team, and the practitioner nurse would be welcoming the patient and finding out what kind of care the patient needs, what kind of doctor is required, things like that. Do you see the nurses' work going in that direction, or how would you organize it?

Ms Blau: Yes, we very much see that, and I go back to your analogy of us working as a team. I too graduated from a hospital school of nursing, and in those days hospitals were practically the only place nurses worked, other than a few in public health.

Nursing is very different today, and I think a return to those schools of nursing is less of an answer than a health sciences education facility, where nurses, doctors, psychiatric nurses, social workers and pharmacists could take core courses that are common to all of those disciplines — the life sciences, those kinds of things.

Senator Pépin: We have the same thing in Quebec.

Ms Blau: We need to have people educated together, so that when they need to work together, they will know how. They will each know what the other has learned, and they will also know what each is capable of. That is very much what we are espousing, and we think it needs to start at the educational level, at the university level.

It also needs to carry through into primary health care teams, where nurses, doctors, social workers, nutritionists and everybody are working together, and the person who sees the patient in the community is the one who can best meet those needs. In many cases a nurse will be doing the triaging, but in a wellness or a

Mme Blau: L'Association des infirmières et des infirmiers du Canada a ces statistiques en main, et vous pourrez les obtenir en vous adressant à elle.

Le sénateur Pépin: Il semble s'agir d'un problème de taille. À vous entendre, je comprends que, pour devenir infirmière, on doit avoir une place à l'université, au contraire des étudiantes de ma génération et peut-être de certaines de votre génération: nous étudions le nursing à l'hôpital et mettons en pratique ce que nous avons appris. Nous avons deux heures de cours chaque jour, après quoi nous travaillions à l'hôpital. Si nous revenions à un système analogue, nous disposerions tout au moins de plus d'infirmières.

Nous formions une équipe avec les médecins, et nous travaillions tous ensemble. À voir comment le travail est aujourd'hui divisé, on comprend que l'approche est très différente. Comme vous l'avez indiqué, nous sommes très au courant des questions touchant la qualité du milieu de travail et le nombre de postes vacants.

Nous nous proposons de formuler certaines recommandations, mais imaginons que nous envisagions de nouvelles façons de proposer une solution. Je ne sais pas si vous avez eu le temps de jeter un coup d'œil au rapport, dans lequel nous affirmons que les infirmières feraient partie de l'équipe: les infirmières accueilleraient les patients, détermineraient le genre de soins dont ils ont besoin, le type de médecins qu'ils devraient consulter, et ainsi de suite. Croyez-vous que les infirmières pourraient travailler dans cette direction? Sinon, comment organiseriez-vous les choses?

Mme Blau: Oui, c'est tout à fait conforme à notre vision, et je vais reprendre à mon compte l'analogie que vous avez établie avec le travail d'équipe. Je suis moi aussi issue d'un hôpital d'enseignement des sciences infirmières. À cette époque-là, les hôpitaux étaient pratiquement le seul endroit où les infirmières travaillaient, mis à part quelques-unes qui oeuvraient dans le domaine de la santé publique.

Aujourd'hui, les sciences infirmières sont très différentes, et je pense qu'un retour à ces hôpitaux d'enseignement des sciences infirmières serait moins adapté à la situation que des établissements d'enseignement des sciences de la santé, ou des infirmières, des médecins, des infirmières psychiatriques, des travailleurs sociaux et des pharmaciens pourraient suivre des cours de base communs à l'ensemble de ces disciplines — les sciences de la vie, ce genre de choses.

Le sénateur Pépin: C'est la même chose au Québec.

Mme Blau: Il faut que les professionnels de la santé soient formés ensemble: lorsqu'ils seront appelés à collaborer, ils sauront comment s'y prendre. Ils seront au courant de ce que les autres ont appris, et ils sauront également ce dont chacun est capable. C'est le mode de fonctionnement que nous préconisons, et nous pensons que la démarche doit débiter au niveau de la formation, au niveau universitaire.

Cette démarche doit également s'étendre à l'ensemble des équipes de soins primaires, dans lesquelles des infirmières, des médecins, des travailleurs sociaux des nutritionnistes et tous les intervenants travaillent de concert. La personne qui voit le patient dans la collectivité est celle qui est la mieux placée pour répondre

primary health care model, it may well be the social worker or somebody who can help with financing who is the first contact. Financial health often dictates other kinds of health. We are on the same track with that one.

Senator Pépin: Also, the patient will feel much more comfortable, knowing that all those people are looking after him or her.

You mentioned that nurses are aging and that they are exhausted. If you wanted to attract young persons to nursing, how would you do it?

Ms Blau: Senator Pépin, in Saskatchewan we have no problem. We turned away 170 qualified applicants because we did not have the spaces for them. Some of them went to Alberta: some of them could not get spaces anywhere. Some of them may go into something else, and then we have lost them to nursing. It is very sad, because they would potentially have been 170 nurses in three-and-a-half years time.

Senator Pépin: Yes, because we know how much we need them. You are very lucky, because I know other provinces would really like to be in the position of having to refuse potential student nurses. Young women do not go into nursing any more. I know of at least one province that has a big problem.

Ms Blau: We are not having a problem here at the moment, and have not had in the past. We may have had one or two years where we were close, where we had the necessary number of applicants but not many more. However, in the last two or three years, we have turned away qualified applicants because there were no spaces for them.

With hospitals decreasing in size too, and the numbers of hospitals in Saskatchewan diminishing, we have had a problem with clinical placements. For nurses to get their practical experience has become something of an issue, and we have had to become quite creative in dealing with that practical matter.

Senator Pépin: The other witnesses, who are working with the VON, what is your major difficulty? Is it funding? Do you have enough instruments? What is your major difficulty that you would like us to address?

Mr. Layne: Perhaps I could just make an initial comment, and then my colleagues can participate as well. Our difficulty out there is the same as June has identified, that is, the need for large numbers of qualified health care workers, and quite frankly, it is not just at the nursing level; it pervades the whole structure. Clearly, we see that situation worsening significantly over the next few years, with the demographic and cultural changes that we are all aware of in the Canadian system. We will have to have more human resources.

à ces besoins. Dans de nombreux cas, une infirmière effectuera le tri, mais, selon un modèle de mieux-être ou de soins primaires, le travailleur social ou un autre intervenant capable de contribuer au financement pourra constituer le premier point de contact. Souvent, la santé financière impose sa loi aux autres formes de santé. À ce sujet, nous sommes sur la même longueur d'onde.

Le sénateur Pépin: De la même façon, un patient se sentira beaucoup plus à l'aise, sachant que toutes ces personnes veillent sur lui.

Vous avez dit que les infirmières vieillissent et qu'elles sont épuisées. Comment vous y prendriez-vous pour recruter de jeunes candidates?

Mme Blau: Sénateur Pépin, il n'y a pas de problème en Saskatchewan. Nous avons refusé 170 candidates qualifiées faute de place pour elles. Certaines d'entre elles sont allées en Alberta: certaines n'ont pu trouver de place nulle part. D'autres encore s'orienteront peut-être vers une autre discipline, et elles seront perdues pour la profession. C'est très triste parce que nous pourrions compter sur 170 infirmières dans trois ans et demi.

Le sénateur Pépin: Oui, parce que nous sommes conscients du besoin que nous avons d'elles. Vous avez beaucoup de chance, parce que, dans d'autres provinces, on aimerait bien être en position de refuser des candidates. Les jeunes femmes ne s'intéressent plus aux sciences infirmières. Je connais au moins une province où cette situation pose un grave problème.

Mme Blau: Nous n'avons pas de problème ici pour le moment, et nous n'en avons pas eu par le passé. Il y a peut-être eu une ou deux années au cours desquelles nous avons été tout près, où nous avons eu le nombre voulu de candidates, mais pas beaucoup plus. Cependant, au cours des deux ou trois dernières années, nous avons refusé des candidates qualifiées faute de places.

En raison de la diminution de la taille des hôpitaux et du nombre d'hôpitaux en Saskatchewan, nous avons éprouvé des difficultés au chapitre des placements cliniques. La question d'une expérience pratique pour les infirmières est devenue problématique, et nous avons dû faire preuve de beaucoup de créativité pour régler cette question.

Le sénateur Pépin: J'aimerais que les autres témoins, qui travaillent aux Infirmières de l'Ordre de Victoria nous disent quelle est leur principale difficulté? Est-ce le financement? Avez-vous assez d'instruments? Quelle est la principale difficulté à laquelle vous souhaiteriez que nous nous attaquions?

M. Layne: Permettez-moi d'abord de faire un commentaire initial, après quoi mes collègues pourront aussi intervenir. La difficulté que nous rencontrons est la même que celle que June a définie, à savoir le besoin d'un grand nombre de professionnels de la santé qualifiés. Franchement, le problème ne se pose pas que chez les infirmières; il se fait sentir dans l'ensemble de la structure. De toute évidence, nous prévoyons que la situation va se détériorer considérablement au cours des prochaines années, avec les changements démographiques et culturels qui interviennent, nous le savons bien, dans le système canadien. Nous aurons besoin de plus de ressources humaines.

In addition, I think there has to be some strategic redesign, with better information systems and better utilization of current resources. Your report speaks about the reforms that you are looking at. Well clearly, we strongly support the need for a more integrated team approach throughout the entire health care system. Certainly there is need for more resources; I do not think anybody can argue with that. However, there is a very significant advantage to be garnered from bringing together the different players out there, and getting physicians working with the nurses, working with the pharmacists, everyone in the health care system. We believe that would be a significant improvement in the use of the resources currently available.

Senator Pépin: You are moving in the right direction.

Senator Morin: Ms Blau, there is no doubt that the nursing profession is at the heart of any reform anyone wishes to make to the health care delivery system in this country. Both the Fyke commission, and the Clair commission in Quebec recommended, for example, the use of primary care teams. I am more familiar with the Quebec scene. Everybody was in favour of doing that, but to everybody's surprise, there was quite an important financial cost associated with it initially. There is the cost of recruiting nurses and setting up these teams and so forth.

Have you had any experience with the financial aspect? If you want to do these things well, you have to have a good team. What are the costs involved in setting it up? I know you have had pilot projects here in Saskatchewan. Do you have an idea of how expensive it is for a given community to move from a fee-for-service system to a health-care-team system, including the nurses and the nursing profession? That is my first question.

My second question is related. Last year, a Canadian study showed that there is a major problem with workplace quality for nurses in hospitals from coast to coast. I think this is one of the major reasons why the nursing profession has dissipated over the years. Here again, do we have an idea of how expensive it would be to fix it?

I know that various reforms have been recommended. You talked about the "magnet" centres in the U.S. Do we have any idea of the cost, for example, of a given hospital of 500 beds moving from one system to the other? Is that a very expensive proposition, or is it just a matter of rearranging?

I know that one of the major reasons why nurses are moving to the U.S., in addition to salary difference, is workplace conditions and the possibility of further education while they are working. That is one of the reasons that were given to us by the Canadian Nursing Association in Ottawa.

I have so many questions because I think the nursing issue is so important here.

En outre, je pense qu'on doit procéder à une certaine forme de remaniement stratégique, centrée sur des systèmes d'information de meilleure qualité et une meilleure utilisation des ressources actuelles. Dans votre rapport, vous faites allusion aux réformes que vous envisagez. À l'évidence, nous sommes tout à fait d'accord pour dire qu'on doit adopter, dans l'ensemble du système de santé, une approche collective intégrée. Certes, on a besoin de plus de ressources; je ne pense pas que quiconque puisse le nier. Cependant, on pourrait tirer des avantages tout à fait considérables de la mise en commun des divers intervenants et de la collaboration des médecins avec les infirmières, les pharmaciens et tous les intervenants du système de santé. Nous pensons qu'il s'agirait là d'une amélioration sensible de l'utilisation des ressources dont on dispose aujourd'hui.

Le sénateur Pépin: Vous allez dans la bonne direction.

Le sénateur Morin: Mme Blau, il ne fait aucun doute que la profession d'infirmière est au cœur de toute réforme souhaitée du système de soins de santé au pays. La commission Fyke et la commission Clair au Québec ont recommandé, par exemple, le recours à des équipes de soins primaires. Je connais mieux la scène québécoise. Tout le monde s'est dit d'accord, mais à la surprise générale, la mesure, au départ, était assortie d'un coût financier assez considérable. Il y a le coût du recrutement des infirmières et de la constitution de telles équipes, et ainsi de suite.

Avez-vous une idée de l'aspect financier des choses? Si on veut bien faire les choses, on doit se doter d'une bonne équipe. Quels sont les coûts associés à la constitution d'une bonne équipe? Je sais que des projets-pilotes sont en cours en Saskatchewan. Avez-vous une idée du coût, pour une collectivité donnée, du passage d'un système fondé sur la rémunération à l'acte à un système fondé sur des équipes de professionnels de la santé, y compris les infirmières et la profession d'infirmière? C'est ma première question.

Ma deuxième question est connexe. L'année dernière, une étude canadienne a montré que la qualité du milieu de travail des infirmières en milieu hospitalier présentait un grave problème, d'un océan à l'autre. Je pense qu'il s'agit de l'une des principales raisons qui expliquent pourquoi la profession d'infirmière s'est désagrégée au fil des ans. Une fois de plus, avons-nous une idée de ce qu'il en coûterait pour remédier à la situation?

Je sais qu'on a recommandé diverses réformes. Vous avez fait allusion aux centres «aimants» aux États-Unis. Avez-vous une idée du coût, par exemple, d'un hôpital de 500 lits qui passerait d'un système à l'autre? S'agit-il d'une proposition très coûteuse ou d'une simple question de réorganisation?

Je sais que l'une des principales raisons qui font que des infirmières s'établissent aux États-Unis, outre l'écart salarial, tient aux conditions de travail et aux possibilités de perfectionnement en cours d'emploi. C'est l'une des raisons qui nous ont été données par l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada à Ottawa.

Si j'ai de si nombreuses questions, c'est que je suis convaincu de l'importance de la question du nursing.

I was struck by the out-migration of nurses you experience. Am I right that it is 285 nurses a year? That is a large number for the province of Saskatchewan. Now are these nurses leaving mainly for reasons of salary, or working conditions? Is there another reason? I know most of them are going to Alberta, and some of them are going to the U.S., according to what you have stated. Is the reason for that the salary scale? If it is, should we consider a Canadian scale? We will have nurses moving from one province to the other according to where conditions are better, and I do not think we can do any long-term planning if we just continue that way.

Finally, I would like to deal with the Aboriginal health situation. This is, to my mind, the current major issue in Canadian health care. Senator Kirby, our chairman, keeps repeating that the Aboriginal health situation is a national disgrace, and we certainly should do something about it. We have discussed the situation, but it is difficult to get a handle on what we should do. Of course we should improve housing, economic and living conditions. However, it is difficult to get a handle on this within the health care delivery system.

I think Saskatchewan is in a very special position here, because this province has the highest Native population proportionately, and if I am correct, in a number of years, they will be the majority. Therefore, for this province, it is a very special issue.

I also feel that the nursing profession is at the heart of the solution. It is obvious that a cardiac surgeon cannot deal with this, and nor can a past dean of medicine. I think it is the nursing profession that is really at the heart of the solution to that problem. I do not know exactly what that solution is. In a way, it is a plea for you people, the nursing profession here in Saskatchewan, dealing with the problem. You are not sitting in an office in Ottawa, you are right in the middle of it. This is where the solution should come from.

You cannot do it today, of course, but as everybody is grappling with this very serious problem at the national level, I think maybe you people can come up with a solution from the grassroots. I hope that you will consider that, and later, send your ideas on the subject to the committee while we are working on our final report.

I am sorry I was a little long-winded, but it does show the interest I have in this cause.

Mr. Layne, I just have one more, quick question here. I think your point on voluntary organizations is very important. I do not know if Senator Keon has had the same experience, but I tried setting up a number of volunteer groups when I was in another life, in clinical work, and I had all sorts of problems with the

J'ai été frappé par l'exode d'infirmières que vous vivez ici. Ai-je raison de penser qu'il s'agit de 285 infirmières par année? C'est un nombre élevé pour la province de la Saskatchewan. Le départ des infirmières s'explique-t-il principalement par des raisons salariales ou les conditions de travail? Y a-t-il une autre raison? Je sais que la plupart d'entre elles partent pour l'Alberta et que certaines se dirigent vers les États-Unis, selon ce que vous nous avez dit. Le phénomène s'explique-t-il par l'échelle salariale? Le cas échéant, devrions-nous envisager une échelle salariale pour l'ensemble du Canada? Sinon, les infirmières vont aller d'une province à l'autre selon les endroits où les conditions sont plus favorables, et je ne pense pas que nous pourrions effectuer de planification à long terme si les choses se poursuivent ainsi.

Enfin, j'aimerais que vous disiez un mot de la santé des Autochtones. À mes yeux, il s'agit à l'heure actuelle du principal enjeu pour le système de santé du Canada. Le sénateur Kirby, notre président, rappelle sans cesse que l'état de santé des Autochtones est une honte nationale, et il est clair que nous devrions faire quelque chose à ce sujet. Nous avons discuté de la situation, mais il est difficile de mettre le doigt sur ce qui devrait être fait. Bien entendu, nous pouvons améliorer le logement, la situation économique et les conditions de vie. Cependant, il est difficile de mettre le doigt sur ce qui peut être fait dans le système de soins de santé.

Je pense que la Saskatchewan se trouve à cet égard dans une situation très particulière, étant donné que c'est dans cette province qu'on retrouve, proportionnellement, le plus grand nombre d'Autochtones. Si je ne m'abuse, les Autochtones, dans un certain nombre d'années, seront majoritaires. Par conséquent, il s'agit d'un enjeu tout particulier pour la province.

J'ai également le sentiment que la profession d'infirmière est au coeur de la solution. Il est évident qu'un chirurgien cardiologue ne peut régler ce problème, pas plus qu'un ancien doyen d'une faculté de médecine. Je pense que c'est la profession d'infirmière qui est vraiment au coeur de la solution du problème. Je ne sais pas exactement quelle est la solution. D'une certaine façon, il s'agit d'une invitation que je vous lance, en tant que représentants de la profession d'infirmière en Saskatchewan, de vous attaquer au problème. Vous n'êtes pas assis dans un bureau à Ottawa; vous êtes au beau milieu de l'action. Et c'est de là que la solution devrait venir.

Vous ne pourrez pas le faire aujourd'hui, naturellement, mais, au moment où tous s'attaquent à ce grave problème au niveau national, je pense que vous pourriez peut-être proposer une solution issue de la base. J'espère que vous y réfléchirez et que, plus tard, vous pourrez faire parvenir vos observations au comité, au moment où nous travaillerons à notre rapport final.

Je m'excuse d'être aussi long, mais cela témoigne de l'intérêt que je porte à cette cause.

Monsieur Layne, j'aimerais vous poser encore une brève question. Je pense que le point que vous avez soulevé au sujet des organismes bénévoles est très important. J'ignore si le sénateur Keon a vécu la même expérience, mais j'ai essayé, dans une autre vie, à l'époque où j'effectuais du travail clinique, de constituer un

unions: "Who is this volunteer taking our work?" I really had serious problems and had to curtail some of the volunteer work that was being done on the floor with patients because of union pressure. They were quite upset about this.

This may be a minor point, but I was wondering if this were true only in Quebec, where perhaps our unions are more aggressive than they are elsewhere.

I fully support the idea of helping the voluntary agencies: there is no doubt about that. I was wondering if you could suggest practical methods by which we could help you, and which we could recommend in our report on a national basis.

Ms Blau: I will have to get a refresher on the questions. I wrote two of them down. I will start with the rural and Aboriginal one.

Senator Morin: The first one is the cost of the primary care.

Ms Blau: The cost of the primary care team, yes.

Senator Morin: Not precisely, but whether you have an approximate idea of the cost of improving the quality of the workplace for nurses in a given hospital.

Ms Blau: I do not have an answer to the question of cost. We have community clinics in the province that function rather like the community health centres in Quebec, the CLSCs, where there are multi-disciplinary teams working with a population base. We have a small project in which a physician and an advanced practice nurse work together and then draw on resources from surrounding communities. It will not be possible in Saskatchewan to have a primary health care team in more than a few central locations, and then we will have to find innovative ways of getting them out to the population in the more rural areas. It will take us some time.

I think you are probably correct that it will likely cost more at the beginning. Any time you reorganize the way people do things, inefficiencies are created, and those cost money. However, I think the outcome will be physician retention, will be nurse retention, and will be better community services. I think some of those will happen immediately. The quality will probably go up more than we might expect, even in the short term, and in the long term, it will really prove to be effective.

Some of the things that would improve workplace quality, we believe will not cost any money at all. A change in attitudes towards nurses would help a great deal. I want to go back to your out-migration comments. One of the differences in the U.S. is an attitude of respect for nurses and nursing that is not common in Canada. Nurses are not respected by their colleagues from other disciplines, which creates a major problem. You become like the mother who is always there, and not appreciated until she is gone.

certain nombre de groupes de bénévoles, et nous avons éprouvé toutes sortes de difficultés avec les syndicats: «Qui est ce bénévole qui veut me voler mon travail?» J'ai véritablement éprouvé des difficultés, et j'ai dû mettre en frein à certaines des tâches effectuées par des bénévoles auprès des patients hospitalisés en raison des pressions syndicales. Cette question les irritait au plus haut point.

Il s'agit peut-être d'un détail, mais je me demandais si la situation n'existe qu'au Québec, où nos syndicats sont peut-être plus dynamiques qu'ailleurs.

Je suis tout à fait favorable à l'idée de venir en aide aux organismes de bénévoles, cela ne fait aucun doute. Je me demandais si vous pouviez proposer des méthodes pratiques grâce auxquelles nous pourrions leur venir en aide et que nous pourrions recommander dans notre rapport pour l'ensemble du pays.

Mme Blau: Vous allez devoir me rappeler les questions. J'en ai noté deux. Je vais commencer par celle qui porte sur le milieu rural et les Autochtones.

Le sénateur Morin: La première a trait au coût des soins primaires.

Mme Blau: Le coût de l'équipe de soins primaires, c'est vrai.

Le sénateur Morin: Je ne vous demande pas un chiffre exact, mais plutôt une idée du coût estimatif de l'amélioration de la qualité du milieu de travail des infirmières dans un hôpital donné.

Mme Blau: Je n'ai pas de réponse à donner au sujet du coût. Dans la province, il y a des cliniques qui fonctionnent un peu comme des centres de santé communautaire du Québec, c'est-à-dire les CLSC, où des équipes multidisciplinaires travaillent auprès d'une population donnée. Nous avons mis sur pied un projet de petite taille dans le cadre duquel un médecin et une infirmière chevronnée travaillent ensemble et mettent à profit les ressources des collectivités avoisinantes. En Saskatchewan, il ne sera pas possible d'établir une équipe de soins de santé primaires ailleurs que dans quelques centres, et nous devons trouver des moyens novateurs d'en faire profiter la population dans des régions plus rurales. Il nous faudra un certain temps.

Vous avez probablement raison d'affirmer que les coûts seront probablement plus élevés au départ. Chaque fois qu'on réorganise des ressources humaines, on crée des inefficiences, lesquelles entraînent des coûts. Cependant, je pense qu'il en résultera de meilleurs services communautaires et le maintien en emploi des médecins et des infirmières. À mon avis, certains avantages seront réalisés immédiatement. L'augmentation de la qualité sera probablement supérieure à nos attentes, même à court terme. À long terme, la nouvelle façon de faire se révélera véritablement efficace.

À notre avis, certaines des mesures qui se traduiront par une amélioration de la qualité du milieu de travail ne coûteront rien du tout. Par exemple, un changement d'attitude vis-à-vis des infirmières serait des plus utiles. Je tiens à revenir sur le commentaire que vous avez fait au sujet de l'exode. L'une des différences qu'on observe aux États-Unis a trait au respect dont jouissent les infirmières et les sciences infirmières, lequel n'est pas fréquent au Canada. Les infirmières ne jouissent pas du respect de leurs collègues d'autres disciplines, ce qui crée un

Senator Pépin: And has to look after everyone.

Ms Blau: What we are seeing now is, "Oh, my goodness, we have to fix the nurses' situation now, because we did not notice them before this happened." Some of the things will not cost a lot of money; it is a question of recognition and respect.

Some of the things will cost money, such as professional development, with the use of replacements for nurses taking time away from the workplace to further their education, so that they know their colleagues will not be running flat out in order to get the work done.

We need opportunities for advancement that are mentored. We do not have in nursing what medicine, perhaps, has had all along.

We do not have the dollars at the end of the two-week pay period that other professions have had, and that is a major problem. It will cost money to build a quality workplace. It will take a national strategy to keep nurses from jumping from one provincial bucket to another.

I think the predominant factor right now in the movement of our graduating students is financial. They are coming out of school with student loans, and they want to pay those off as quickly as possible and get on with their lives. It is also more complex than that; there are other factors.

We find that when our nurses move to the U.S., some of them stay because they like the environment, but some of them come back because they do not like the cost implications for patients. They are very uncomfortable with having to document every item of supplies that they use for patients.

Senator Pépin: Just like in a lawyer's office.

Ms Blau: They spend more time doing paperwork than patient care. That has covered three of them. I think.

As an association, we are very aware of the Aboriginal health issue. We are lobbying the provincial government and the universities for a centre of excellence for rural and Aboriginal health. One of the things we need from the federal government, because this will benefit all of Canada, is some funding for research. We need to know what this problem is. We know we have a problem; we do not know the nuances yet. We need some research dollars to discover those. If we can get something started here, where the universities and the provincial government are interested, that research and its outcomes can probably be applied to the rest of Canada.

problème majeur. L'infirmière devient en quelque sorte comme la mère toujours présente et qu'on apprécie qu'une fois qu'elle est partie.

Le sénateur Pépin: Et qui veille sur tout le monde.

Mme Blau: Ce qu'on entend aujourd'hui, c'est: «Mon Dieu, nous devons régler maintenant le problème des infirmières», parce que, auparavant, on ne les remarquait pas. Certains éléments de réponses ne coûteront rien du tout. Il s'agit d'une simple question de reconnaissance et de respect.

Certaines mesures entraîneront des coûts, par exemple le perfectionnement professionnel, puisqu'on devra remplacer les infirmières qui s'absentent du travail pour parfaire leur éducation. Ainsi, ces dernières sauront que leurs collègues ne vont pas s'épuiser simplement pour venir à bout du travail à effectuer.

Nous avons besoin de possibilités d'avancement assorties d'un programme de mentorat. En sciences infirmières, nous ne bénéficions pas de ce dont la médecine profite peut-être depuis toujours.

À la fin de la période de paie de deux semaines, nous n'avons pas droit à la récompense pécuniaire dont bénéficient les membres d'autres professions, et il s'agit là d'un problème majeur. Il faudra dépenser de l'argent pour créer un milieu de travail de qualité. On devra adopter une stratégie nationale pour éviter que les infirmières ne passent d'une province à l'autre.

À l'heure actuelle, j'estime que le principal facteur qui explique le mouvement de nos diplômées est financier. Elles sortent de l'école avec des prêts pour étudiants, et elles tiennent à les rembourser le plus rapidement possible pour passer à autre chose et vivre leur vie. La situation est également plus complexe. Il y a d'autres facteurs.

Certaines infirmières qui déménagent aux États-Unis y restent parce que l'environnement leur plaît, mais certaines autres reviennent parce qu'elles n'aiment pas les répercussions sur les coûts pour les patients. Elles sont très mal à l'aise à l'idée de documenter le moindre article qu'elles utilisent pour leur patient.

Le sénateur Pépin: Comme dans un cabinet d'avocats.

Mme Blau: Elles consacrent plus de temps à accomplir des formalités administratives qu'à dispenser des soins aux patients. J'ai le sentiment d'avoir répondu à trois de vos questions.

Notre association est très sensible à la question de la santé des Autochtones. Nous exerçons des pressions sur le gouvernement provincial et les universités pour qu'ils créent un centre d'excellence pour la santé en milieu rural et la santé des Autochtones. Ce dont nous avons besoin de la part du gouvernement fédéral — parce qu'il y aura des avantages pour l'ensemble du Canada — ce sont des fonds de recherche. Nous savons de quel problème il s'agit. Nous savons que nous faisons face à un problème, mais nous n'en saisissons pas encore toutes les nuances. Nous avons besoin de fonds de recherche pour les mettre à jour. Si, à condition que les universités et le gouvernement provincial montrent de l'intérêt, nous pouvons mettre un projet en branle ici, les recherches et leurs résultats s'appliqueront probablement au reste du Canada.

Senator Pépin: Do many nurses sit on the boards of directors of the hospitals? A few years ago, maybe eight, I spoke to nurses and doctors and recommended that a nurse should sit on the board, because if you decide to make cuts in one department and reorganize the hospital in a certain way, but there is no nurse to tell you about the impact, you will make mistakes. I have to admit, there were very few nurses appointed to the boards of directors. I was wondering if you are wiser in this part of the country and appoint nurses to the boards of directors of hospitals.

Ms Blau: We are not wiser. In some instances, nurses have put their names forward. We have elected boards in Saskatchewan now and some nurses have been willing to run. However, they are a very small minority.

Our association would prefer that the medical advisory committee, which has such power at the district level, be replaced with a professional advisory committee representing all of the professional groups working in that district. Then the medical people would have their input, but nursing, social work, physiotherapy, pharmacy, all of those disciplines which have such a small voice now — we think it is bad in nursing, but some of those others have even less of a voice — would have theirs also. I believe that is what Ontario's legislation provides for. They got rid of the medical advisory committee and established a professional advisory committee that encompasses all of the professions. I cannot tell you how that is working, or that it is working, but we think it would be an interesting way to go, rather than having special-interest groups represented on a board of directors that really ought to represent the owners, the public.

Senator Pépin: I really did not express myself very well. I think it is something similar to what you have described.

Ms Blau: Similar, okay. Yes, we support that.

Mr. Layne: Senator Morin, I would like to answer your second question first, on practical methods to help volunteer organizations, and then I can respond to the other question.

I think that there are many practical things that can be done and that can evolve over time. However, I think the very first step that has to be taken is the recognition of the value of these organizations to the current health care system. Then, everybody would want to listen to their opinions.

Currently, when an issue arises, there is sporadic discussion amongst these various organizations — some of it makes it to the media, some does not — but there is no legitimate, formal mechanism by which these people can report to the public system. I think what you are doing here is very, very positive, and your activities serve a very valuable role at the strategic level. However, beyond that, we need some sort of ongoing, daily

Le sénateur Pépin: Y a-t-il de nombreuses infirmières qui siègent au conseil d'administration des hôpitaux? Il y a quelques années, peut-être huit, j'ai discuté avec des infirmières et des médecins, puis recommandé qu'une infirmière siège au conseil d'administration parce que, si vous décidez d'effectuer des compressions dans un service et que vous réorganisez l'hôpital d'une certaine façon, sans qu'une infirmière vous informe de l'impact des mesures, vous allez commettre des erreurs. Je dois avouer que très peu d'infirmières siégeaient aux conseils d'administration. Je me demandais si vous êtes plus sage dans cette région du pays et que vous nommez des infirmières aux conseils d'administration des hôpitaux.

Mme Blau: Nous ne sommes pas plus sages. Dans certains cas, des infirmières ont posé leur candidature. En Saskatchewan, nous avons maintenant des conseils d'administration élus, et certaines infirmières ont manifesté leur intention de poser leur candidature. Cependant, elles représentent une infime minorité.

Notre association préférerait que le conseil consultatif médical, qui exerce de vastes pouvoirs au niveau des districts, soit remplacé par un comité consultatif professionnel représentant tous les groupes professionnels travaillant dans un district donné. Les médecins auraient leur mot à dire, mais les infirmières, les travailleurs sociaux, les physiothérapeutes et les pharmaciens, autant de représentants de disciplines qui avaient peu voix au chapitre — la situation est mauvaise pour les infirmières, mais elle est bien pire pour d'autres groupes — pourraient aussi intervenir. Je pense que c'est ce que prévoient les dispositions législatives ontariennes. On s'est débarrassé du comité consultatif médical au profit d'un comité consultatif professionnel qui regroupe l'ensemble des professions. J'ignore si l'organisme fonctionne ou dans quelle mesure il fonctionne, mais nous pensons qu'il s'agit d'une avenue intéressante, préférable en tout cas à la représentation de groupes d'intérêts particuliers au sein de conseils d'administration qui devraient plutôt représenter les propriétaires, c'est-à-dire les citoyens.

Le sénateur Pépin: Je ne me suis pas très bien exprimée. Je pense qu'il s'agit d'une situation analogue à celle que vous avez décrite.

Mme Blau: Analogue, d'accord. Oui, nous sommes d'accord.

M. Layne: Sénateur Morin, j'aimerais répondre d'abord à votre deuxième question, celle qui portait sur les moyens pratiques de venir en aide aux organismes de bénévoles, puis je répondrai à votre autre question.

Je pense qu'il y a de nombreuses mesures pratiques qu'on peut prendre, lesquelles évolueront au fil du temps. Cependant, la toute première étape consisterait à reconnaître la valeur de ces organismes pour le système de santé actuel. Par la suite, chacun voudra entendre ce qu'ils ont à dire.

À l'heure actuelle, lorsqu'un problème se pose, ces divers organismes tiennent des discussions sporadiques — dans certains cas, les médias sont alertés, dans d'autres, non —, mais il n'y a pas de mécanisme officiel et légitime qui permette à ces personnes de faire rapport au système public. Je pense que ce que vous faites ici est très positif et que vos activités jouent un rôle très important au niveau stratégique. Cependant, au-delà de ce que vous faites,

recognition of the value of these organizations. By that I mean that there should be formal mechanisms by which these organizations can speak to the public health care system.

As Senator Pépin identified, decisions are made about nursing in the institutional sector without any input from nurses. Decisions are made about the whole health care system, how to structure, centralize and redesign it, without any input from these organizations. Sometimes they gain sporadic input, but for the most part, there is no legitimate mechanism that allows organizations like ours to speak on these issues. It should not be a formal mechanism like this one, which occurs every few years; it should be on an ongoing, everyday process when these organizations are going through their decision making.

For example, we have seen the authorities across the country taking over nursing care through their own delivery systems — and that may be a fine system, we will not comment negatively or positively on it. However, the comment we would like to make is that there was no consultation. I think in many places, those decisions were just made, and they may have been for very good reasons, but the input was not there.

Senator Pépin: They are business decisions and they do not take into consideration that we are also dealing with people.

Mr. Layne: That is right, and there are a lot of people affected, so it is very important to have that dialogue. For example, our organization has 15,000 volunteers and 8,000 staff, and we are just one of many. There are tens of thousands of organizations out there that have knowledge and could give input. It is really essential to develop a structure in which they can feed that information through in a constructive fashion on an everyday basis.

Senator Keon: I think this is one of the most important issues that the health care system in Canada has to grapple with over the next short while.

I will start with you, Ms Blau, and the question of primary care, why we just have not been able to put this together. In the last few years, every province has had a royal commission or the equivalent, and they have all recommended that we devolve the system out of the large, central institutions and build primary care, but we have not been able to do it. Whether we are using regionalization or some other model, we somehow have not been able to do it. My own perception is that the failure has been based on our inability to devolve authority and to devolve care. We have not been able to devolve care out of the large institutions into home care, and in trying to organize the home care system, we have not been able to devolve authority to it. Consequently, as Senator Morin has said, the models that we have designed have been simply too expensive and have died of inanition.

nous devons reconnaître sans cesse et quotidiennement la valeur de ces organismes. Je veux dire par là qu'on devrait établir des mécanismes officiels qui permettent à ces organismes de s'adresser au système de soins de santé public.

Comme l'a indiqué le sénateur Pépin, le secteur institutionnel prend des décisions au sujet des sciences infirmières sans consulter les infirmières. On prend des décisions au sujet de l'ensemble du système de santé, des moyens de le structurer, de le centraliser et de le remanier, sans consulter ces organismes. Parfois, on les invite à participer de façon sporadique, mais, pour l'essentiel, il n'y a pas de mécanisme légitime qui permette à des organismes comme le nôtre de se prononcer sur ces questions. Il ne devrait pas s'agir d'un mécanisme officiel comme celui-ci, qui n'intervient que de loin en loin. Il devrait s'agir d'un mécanisme permanent et quotidien auquel on ferait appel lorsque les intéressés prennent des décisions.

Par exemple, nous avons vu que les responsables des quatre coins du pays se sont approprié les soins infirmiers par l'intermédiaire de leur propre système de prestation — c'est peut-être une bonne façon de faire, nous ne dirons rien de positif ni de négatif à ce sujet. Cependant, le commentaire que nous tenons à faire, c'est qu'il n'y a pas eu de consultation. Dans de nombreux endroits, on s'est contenté de prendre des décisions, lesquelles ont peut-être été prises pour de très bonnes raisons, mais les intervenants n'ont pas été invités à participer.

Le sénateur Pépin: Ce sont des décisions opérationnelles prises sans égard au fait que nous avons également affaire à des personnes.

M. Layne: Exactement, et de nombreuses personnes sont touchées. Il est donc très important d'établir ce genre de dialogue. À titre d'exemple, notre organisme compte 15 000 bénévoles et 8 000 employés, et nous ne sommes qu'un organisme parmi d'autres. Sur le terrain, il y a des dizaines de milliers d'organismes qui possèdent des connaissances et pourraient apporter une contribution. Il est essentiel d'élaborer une structure dans laquelle ces organismes pourront, jour après jour, fournir de l'information d'une façon constructive.

Le sénateur Keon: Je pense qu'il s'agit de l'un des plus importants enjeux auxquels le système de santé du Canada devra s'attaquer dans un proche avenir.

Je vais commencer avec vous, madame Blau. Ce qui m'intéresse, ce sont les soins primaires et les raisons qui font que nous ne sommes pas parvenus à régler le problème. Au cours des dernières années, il y a eu dans chacune des provinces une commission royale ou l'équivalent, et toutes ont recommandé que nous évitions d'axer le système sur les grandes institutions centrales et que nous renforçons le secteur des soins primaires, mais nous en avons été incapables. Que nous ayons fait appel à la régionalisation ou à un autre modèle, nous n'y sommes pas parvenus. À mon avis, cet échec s'explique par notre incapacité de décentraliser les pouvoirs et les soins. Nous ne sommes pas parvenus à transformer en soins à domicile les soins offerts pas de grandes institutions. Nous ne sommes pas non plus arrivés à décentraliser les pouvoirs au sein du système de soins à domicile que nous cherchions à organiser. Par conséquent, comme le

I will put a very difficult question on your plate. I know that in the medical profession, there has been tremendous resistance to abandoning fee for service — I will come to home care with you, Mr. Layne, later — and I do not think a primary care model can be developed if the physicians on the team are practicing on a fee-for-service basis. I do not see how it can possibly work.

I would like to hear what you have to say, and I understand that is not an easy issue for you.

There is no question that there is a tremendous shortage of nursing personnel, but when we look at the health economics of the system, I think both physicians and nurses have to be prepared to provide more leadership and devolve much of the actual hands-on work. I think this could be accomplished — and I will come to Mr. Layne about this later, because he raised it — with good information and communication systems. I will talk about that with you, Mr. Layne, but I will leave it for now.

I would really like to hear your comments on the design of a primary care model that would have a fully integrated medical team, with appropriate salaries for physicians and nurses, and with other health care professionals who could perform much of the service at a much, much lower cost, the physicians and nurses providing the leadership.

I will take it a step further. I think the educational programs have to be redesigned to fit into these new systems. We perpetuated a terrible mistake in medicine for a number of years when we educated our primary care physicians in tertiary care hospitals, and about 75 per cent of what they learned was useless. We are gradually overcoming that and getting them out into the community, but we have not gone far enough yet.

It seems to me that nursing has to take the leadership role in primary care, just as medicine, I think, will have to continue to take the leadership role in medical science. Therefore, it seems to me that you have to fit your educational programs with your health care delivery program.

After that bit of ranting, let me hear what you have to say about the design of a primary care model with a fully integrated, salaried team. Let me hear what you have to say about the personnel necessary for a successful team. Then let me hear what you have to say about the education of new personnel to refurbish that team.

Ms Blau: I will start with education first, because I agree with you that we have to educate people for the role that they will play when they are at work. That, in large part, sets the expectations for

sénateur l'a déclaré, les modèles que nous avons mis au point se sont révélés trop coûteux et sont morts d'inanition.

Je vais vous poser une question très difficile. Dans la profession médicale, on s'est montré extrêmement réticent à l'idée de renoncer à la rémunération à l'acte — je vais plus tard revenir avec vous à la question des soins à domicile, M. Layne — et je ne pense pas qu'on puisse établir un modèle axé sur les soins primaires si les médecins membres de l'équipe sont rémunérés à l'acte. Je ne vois pas comment cela pourrait marcher.

J'aimerais entendre ce que vous avez à dire à ce sujet, et je comprends qu'il ne s'agit pas pour vous d'une question facile.

Il ne fait aucun doute que nous faisons face à une formidable pénurie de personnel infirmier, mais, lorsqu'on examine l'économie de la santé du système, on constate, me semble-t-il que les médecins et les infirmières doivent être disposés à faire preuve de plus de leadership et à accepter de confier à d'autres une bonne part des tâches pratiques qu'ils effectuent actuellement. On pourrait y parvenir — je vais revenir à M. Layne plus tard, parce qu'il a soulevé cette question — au moyen de bons systèmes d'information et de communication. Je vais en discuter avec vous plus tard, M. Layne, mais je vais en rester là pour le moment.

J'aimerais beaucoup entendre ce que vous avez à dire au sujet de l'élaboration d'un modèle axé sur les soins primaires dont ferait partie une équipe médicale entièrement intégrée, au sein de laquelle les médecins et les infirmières seraient adéquatement rémunérés. Feraient ainsi partie de cette équipe d'autres professionnels de la santé en mesure d'assurer une bonne part des services à des coûts nettement moindres, les infirmières et les médecins mettant à profit leur leadership.

Je vais même aller un peu plus loin. Je pense qu'on doit remanier les programmes d'éducation pour les rendre conformes à ces nouveaux systèmes. Dans le domaine de la médecine, nous perpétons depuis un certain nombre d'années une terrible erreur, c'est-à-dire que nous formons nos médecins appelés à offrir des soins primaires dans des hôpitaux qui prodiguent des soins tertiaires, de sorte qu'environ 75 p. 100 de ce qu'ils apprennent est inutile. Progressivement, nous corrigeons la situation et nous faisons en sorte que les médecins interviennent dans la collectivité, mais nous ne sommes pas encore allés assez loin.

À mes yeux, la profession d'infirmière doit jouer un rôle de premier plan dans les soins primaires, tout comme la médecine, me semble-t-il, devra continuer de jouer un rôle de premier plan dans la science médicale. Par conséquent, j'ai le sentiment qu'on doit adapter les programmes d'éducation au programme de prestation de soins de santé.

Maintenant que j'ai fini de maugréer, j'aimerais entendre ce que vous avez à dire au sujet d'un modèle de soins primaires assorti d'une équipe de salariés qui soit entièrement intégrée. J'aimerais savoir ce que vous avez à dire au sujet du personnel nécessaire à l'établissement d'une équipe efficace. Dites-moi enfin ce que vous pensez de l'éducation du nouveau personnel dont on aura besoin pour garnir cette équipe.

Mme Blau: Je vais commencer par l'éducation parce que je suis d'accord avec vous pour dire que nous devons initier les intéressés aux rôles qu'ils joueront au travail. C'est l'éducation

what they will do. On the other hand, we have to have some changes in the system, because if you put the education system in there and create expectations that are so much different from what they meet in the workplace, we will just set up endless frustration, because the rest of the world will not have caught up with us.

We differentiate between primary care and primary health care. We use the World Health Organization's definition of primary health care that includes social, economic, and all other aspects; that is, optimal health, not just the absence of disease.

We think we should have excellence in primary care, where all the five principles of the Canada Health Act apply to people who are ill. However, we need to go farther up the river than that, and make sure that our environment, our social system, our economic system, all of those things, enable people to be self-reliant about their everyday health.

A primary health care team could be part of that, because many of the things that nurses already do are to teach people how to stay well. Many of the things that doctors already do are to advise people how to stay well. We just do not have a sufficient connection with them because we are sitting in a doctor's office in Regina or Saskatoon, and the people are in Meadow Lake. We need to get that group, whatever it will look like, into the community where people live.

I think there are two reasons why we have failed. One of them is that the medical profession is tremendously powerful, and people will back off when a doctor speaks. I am not saying that other than factually; it is just the way it is.

Second, we have not done community development. We have not gone to the people — we have done it to them instead of facilitating them doing it for themselves, and that is a big failure. I have watched the Saskatchewan government do precisely that.

The Department of Health thinks they are doing a great job in setting up these primary health care centres; they are really not, because they have done it to the community instead of going out there and facilitating the community doing it for themselves. It is a big failing. People are not going to work well in a system that has been imposed on them. There are some people who might want that, but the vast majority of people want to participate in this development: "This is what we need in our community, this is why we need it, and this is how much it will cost. Now we have all of these things that we want, we have this much money, so these are the options that are most important to us, this is where we will start and this is how we will build it." Those are the two failings.

qui, dans une grande mesure, détermine les attentes professionnelles. Par ailleurs, nous devons apporter certaines modifications au système puisque, à supposer qu'on redéfinisse le système d'éducation et qu'on crée des attentes trop différentes des conditions de travail réelles, on ne fera que susciter une frustration sans fin parce que le reste du monde ne sera pas au même point que nous.

Nous établissons une distinction entre les soins primaires et les soins de santé primaires. Nous utilisons la définition de l'Organisation mondiale de la santé des soins de santé primaires, qui comprennent les aspects sociaux, économiques et autres, c'est-à-dire la santé optimale et non la seule absence de maladie.

Nous devrions avoir d'excellents soins primaires, en vertu desquels les cinq principes de la Loi canadienne sur la santé s'appliqueraient aux personnes malades. Cependant, nous devons aller plus en amont et veiller à ce que notre environnement, notre système social, notre système économique et tout le reste habilite les citoyens à gérer de façon autonome leur propre santé.

Une équipe des soins de santé primaires pourrait s'inscrire dans un tel courant parce que la tâche des infirmières consiste pour une bonne part à dire aux gens ce qu'ils doivent faire pour se sentir bien. Il en va de même pour les médecins. La tâche des médecins consiste déjà à fournir des conseils de santé aux gens. Seulement, le lien entre eux est insuffisant parce que nous sommes assis dans un cabinet de médecin à Regina ou à Saskatoon tandis que les gens vivent à Meadow Lake. Nous devons faire en sorte que ce groupe, quelle qu'en soit la composition, rejoigne les gens là où ils vivent.

Je pense que deux raisons expliquent notre échec. La première, c'est que la profession médicale exerce de formidables pouvoirs et que, lorsqu'un médecin ouvre la bouche, les citoyens ont tendance à s'incliner. Je me contente d'énoncer un fait. C'est la réalité.

Deuxièmement, nous n'avons pas assez fait au chapitre du développement communautaire. Nous n'avons pas rejoint les gens — nous avons fait le travail pour eux au lieu de leur indiquer ce qu'ils pouvaient faire pour eux-mêmes, et c'est un échec cuisant. J'ai vu le gouvernement de la Saskatchewan agir précisément de la sorte.

Le ministère de la Santé est convaincu de faire du bon travail dans l'établissement de ces centres de soins de santé primaire. C'est faux parce qu'il fait le travail pour la collectivité au lieu de se rendre dans la collectivité pour aider cette dernière à s'aider elle-même. C'est un échec considérable. Les gens fonctionnent mal dans un système qu'on leur a imposé. C'est peut-être ce que souhaitent certaines personnes, mais la vaste majorité des gens tient à jouer un rôle dans son propre développement: «Voici ce que nous voulons pour notre collectivité. Voici pourquoi nous en avons besoin. Voici combien cela coûtera. Maintenant que ce que nous voulons est en place, nous disposons de telle ou telle somme, et voici les options qui revêtent plus d'importance pour nous, c'est par là que nous allons commencer, et c'est ainsi que nous allons procéder.» Voilà donc les deux échecs.

Doctors are very powerful and do not want to abandon the fee-for-service system. They are afraid that we will shortchange them. I do not think anybody realizes how many hours doctors put in per week. I have a daughter who is a family physician, so I am probably more aware than anybody. If and when we put physicians on salary, it will be a very good salary, as it ought to be.

We ought to be recognizing nurses in a similar way. We have to get rid of the hierarchy: doctors are not better than nurses, nurses are not better than LPNs or RPNs, and RPNs are not better than aides. This is not a hierarchy; this is a team. Each profession has some things that only it can do, each has areas of overlap, and we need to work in a team that takes advantage of all of those resources in the best way possible and achieve the efficiencies that come with that. What we have now is everybody working in silos, and with diseases in silos, instead of looking at health as a big picture.

Now, have I come anywhere near answering your question?

Senator Keon: You have done pretty well. I will move over to Mr. Layne — I may come back to you — because I want to consider the other piece of the puzzle.

I will take you directly to the issues that you raised about information and communication systems, and I will pontificate a little to lead you on.

In my other life, I am currently working with Science and Industry towards the design of a health card, just like a bank card, that all Canadians will carry. It will be their health record, and they will own it, control it, release what they want to release, and withhold what they want to keep private. I do not think we will ever have a successful information and communication system until we get there. I think our dismal failure in information and communication systems, as Ms Blau has just said, is that we have been trying to tell people what they need, rather than treating them as free citizens who want to control their own information, privacy, destiny and so forth.

That is technologically possible. Also technologically possible, and really quite cheap, is a communications systems for both image and voice that would allow an organization like the VON to communicate with all of the patients on its list on an ongoing basis.

Also approaching very rapidly are little sensors, chips and monitors that will give you most of the vital information about biochemistry, hemo-dynamics and so forth on a patient.

Les médecins ont beaucoup de pouvoir et ne souhaitent pas renoncer au système de rémunération à l'acte. Ils craignent de faire les frais de l'opération. Je ne pense pas que quiconque comprenne la quantité de travail que les médecins effectuent chaque semaine. J'ai une fille qui est médecin de famille, et je suis probablement plus sensible que quiconque à cette question. Quand on décidera de faire des médecins des salariés, le cas échéant, on devra leur laisser un salaire très conséquent.

Nous devons reconnaître les infirmières de la même façon. Nous devons nous débarrasser de la hiérarchie: les médecins ne sont pas supérieurs aux infirmières, les infirmières ne sont pas supérieures aux infirmières auxiliaires, et les infirmières auxiliaires ne sont pas supérieures aux aides. On a affaire non pas à une hiérarchie, mais bien plutôt à une équipe. Chacune des professions a des fonctions qui lui sont exclusives, d'autres qui recoupent celles d'autres groupes, et nous devons travailler dans le cadre d'une équipe qui tire le mieux possible avantage de toutes ces ressources et réaliser les gains d'efficacité qui en découlent. Dans la situation actuelle, chacun travaille dans un silo, et on traite les maladies dans des silos, au lieu de tenir compte de l'ensemble des paramètres de la santé.

Ai-je à peu près réussi à répondre à votre question?

Le sénateur Keon: Vous vous êtes plutôt bien tiré d'affaire. Je vais maintenant me tourner vers M. Layne — je reviendrai peut-être à vous — parce que je veux m'intéresser à l'autre morceau du casse-tête.

Je vais vous ramener directement aux enjeux que vous avez soulevés à propos des systèmes d'information et de communication. Pour vous mettre sur la piste, je vais me permettre de pontifier un peu.

Dans mon autre vie, je travaille actuellement avec le ministère des Sciences et de l'Industrie à l'élaboration d'une carte santé, qui sera comme une carte bancaire et que tous les Canadiens porteront sur eux. Ce sera leur dossier de santé. Ce dossier leur appartiendra, ils auront le contrôle sur lui et divulgueront les renseignements qu'ils souhaitent divulguer et retiendront ceux qu'ils veulent garder confidentiels. Je ne crois pas que nous puissions jamais nous doter d'un système d'information et de communication efficace tant que nous n'en serons pas là. Je pense que l'échec effroyable de nos systèmes d'information et de communication, comme Mme Blau vient tout juste de le déclarer, tient au fait que nous avons tenté de dire aux gens ce dont ils ont besoin plutôt que de les traiter comme des citoyens libres qui tiennent à exercer une mainmise sur les renseignements qui les concernent, leur vie privée, leur destin et ainsi de suite.

Sur le plan technologique, c'est réalisable. Ce qui est également réalisable sur le plan technologique et, en réalité, assez bon marché, ce sont des systèmes de communication de l'image et de la voix grâce auxquels un organisme comme les Infirmières de l'Ordre de Victoria pourrait communiquer régulièrement avec tous les patients figurant sur sa liste.

Ce qui arrive à grands pas, ce sont également des senseurs, des puces et des écrans de petite taille qui fourniront l'essentiel des renseignements vitaux d'un patient sur le plan de la biochimie, de l'hémodynamique et ainsi de suite.

The technology has unfolded: we have not been able to put it together. We are trying to be too grandiose. I have spent a few years of my life on one of the federal committees talking about "the big picture," which has not happened. It is sitting on a shelf, and it will not happen because it is too big.

However, an organization like the VON could easily, if you could convince somebody to give you the funding and found the right consultants, have a system in place that would be a health record, and an information and communication system, for all your patients.

Let me take you further. If you had that in place, your nurses would not have to visit every patient every day, but you would have to establish another category of health professional who might have to visit your patients every day. It might be a homemaker or it might be a physiotherapist; I do not know who it might be, but you could coordinate that from a central station.

I want to hear all three of you comment on this. Then I want to go back to Ms Blau, if the chairman will let me.

The Chairman: I know we are over time, but we will continue because this is so fascinating. I want time to ask a question, too.

Mr. Layne: I think you raise some very good points, Senator Keon. The technology exists. Pieces of it are available throughout the economy, and certainly it is a question of integrating it and doing something useful with it.

Our organization would be very much interested in participating in projects such as you indicated, where we would be able to collect the information on a client, have an internal health care record and communicate with our staff. Certainly, we have looked at that on a very specific basis in many cases. One of the issues, and I think the hurdles, that we would have to face is that that process would have to be legitimate within the larger context. Time and time again, we institute a system, somebody else institutes another one, somebody else institutes another one, the three are not the same and you start all over again.

The other part of the argument is, if you take a really high-level look at the system, sometimes it is just too high, you are way up in the air and do not see the details, and nothing really comes out of that.

I would like to suggest an integration of both levels. What I mean by that is to take the high-level direction that a commission like this, that government at the national level, can take, and set some very high-level, broad parameters. You do not solve all the problems, but just set the parameters and identify expectations at different levels. Then you pass that down to organizations, for example, such as the VON, and we would participate in that process. We would know that what we were doing was consistent

La technologie a pris son essor: nous n'avons tout simplement pas été en mesure de l'exploiter. Nous avons trop tendance à viser le grandiose. J'ai consacré quelques années de ma vie à un des comités fédéraux où il était question du «portrait d'ensemble», sans résultat. Le projet dort sur les tablettes et ne verra jamais le jour parce qu'il était trop ambitieux.

Cependant, un organisme comme le vôtre pourrait facilement, pour peu que vous puissiez convaincre quelqu'un de vous accorder les fonds nécessaires et mettre la main sur des experts-conseils compétents, établir un système qui fournirait un dossier santé et un système d'information et de communication pour tous vos patients.

Permettez-moi de vous conduire un peu plus loin. Si vous disposiez d'un tel système, vos infirmières n'auraient plus à rendre chaque jour visite à tous leurs patients, mais il faudrait peut-être créer une nouvelle catégorie de professionnels de la santé qui, eux, devraient se rendre auprès des patients tous les jours. Il pourrait s'agir d'auxiliaires familiales ou de physiothérapeutes. Je ne sais pas de qui il pourrait s'agir, mais vous pourriez assurer la coordination à partir d'un point central.

J'aimerais entendre vos commentaires à tous trois à ce sujet. Avec la permission du président, je reviendrai ensuite à Mme Blau.

Le président: Nous n'avons plus de temps, je le sais bien, mais nous allons poursuivre parce que la discussion est fascinante. Je tiens à avoir le temps de poser une question, moi aussi.

M. Layne: Sénateur Keon, je pense que vous avez soulevé certains points très valables. La technologie existe. On en retrouve des éléments disséminés çà et là dans l'économie, et il s'agit à coup sûr d'intégrer ces éléments et d'en faire quelque chose d'utile.

Notre organisme serait très intéressé à participer à des projets comme ceux dont vous avez fait état, lesquels nous permettraient de colliger de l'information sur un client, d'établir un dossier de santé interne et de communiquer avec nos employés. Il est certain que nous avons, dans de nombreux cas, étudié cette question d'un point de vue spécifique. L'un des problèmes et, me semble-t-il, des obstacles auxquels nous avons été confrontés tient au fait que le processus devrait être légitimé dans une perspective plus large. Il arrive très souvent que nous instituons un système, qu'un autre organisme en institue un autre et qu'un autre encore s'engage dans une voie tout à fait différente, et nous nous retrouvons face à trois systèmes différents, et il faut tout recommencer.

L'autre volet de l'argumentation est le suivant: lorsqu'on aborde un système de très haut, il arrive qu'on soit de fait très haut et qu'on perde de vue les détails. Dans ce cas, les efforts restent lettre morte.

J'aimerais proposer une intégration à deux niveaux. J'entends par là une orientation supérieure à une commission comme la vôtre ou que le gouvernement national peut prendre pour fixer certains vastes paramètres de très haut niveau. On ne réglerait pas ainsi tous les problèmes. À défaut, on se contenterait de définir les paramètres et les attentes à différents niveaux. Puis, vous les communiqueriez aux organismes, par exemple les Infirmières de l'Ordre de Victoria, et nous prendrions part au processus. Nous

with the big picture, and if and when the details are all worked out, that there is a legitimate process for passing it along.

Where these things die, quite often, there is not that process of recognition. When you come back to the table and say, "You know what, folks, we have a system that works," somebody says, "Well mine is better." That kind of issue comes up.

I think leadership by the national government would be very helpful in identifying the broad, general parameters that have to be met by any pilot projects, and then farming them out to organizations such as ours, and many others across the country.

Senator Keon: Ms Blau, I am convinced that the servers can be designed to technologically integrate the information now. If such a system were to be designed, and you were king of the world in Saskatchewan, designing the primary care piece, what personnel would you put into that system?

Ms Blau: That is a good question. For sure I would put in nurses, but you would know that, because I am biased. However, I also know that nurses are the circulatory system. They are the nervous system of any health care system. They are currently sufficiently educated in wellness that they do a good job of that, as well as of care of the sick.

Nurses are central to it, and I believe they are probably the best level at which to assess the client's needs and determine whether that is for a social worker, a physiotherapist or a counsellor. There are all of the people that we normally think of, and then there are financial advisers, there is the rural or the urban municipality that deals with the environment and with the health hazards. All of us are aware of water quality now, where we never had to be aware of it that much before. I grew up on a farm where we tested our water every year, so water safety is something I grew up with, but then did not have to think about for many years.

The central people on the team would be nurses, or in a small place, one nurse, with access to a physician for medical care and to other health care providers for other health care needs. They would also need the ability to make referrals to financial people, and to deal with the rural or the urban municipality on environmental issues. It would be much broader than what we currently think of as care of the sick.

I think nurses are central to the piece, and depending on the situation, they need access to others.

Senator Keon: I realize that was rather unfair, but I think it is a fascinating area and one which we all have to address.

saurions alors que ce que nous faisons s'inscrit dans la situation d'ensemble et que, une fois tous les détails arrêtés, nous disposerons d'un mécanisme légitime de transmission.

Lorsque de telles entreprises meurent, il n'y a pas, souvent, un tel processus de reconnaissance. À votre retour à la table, vous dites: «Savez-vous quoi, mesdames et messieurs? Nous possédons un système qui fonctionne.» Puis, quelqu'un d'autre déclare: «Eh bien, le mien est meilleur.» C'est alors que se pose ce genre de problèmes.

Je pense que le leadership du gouvernement national pourrait jouer un rôle très utile dans la définition des grands paramètres généraux auxquels doivent satisfaire tous les projets pilotes. Il suffirait par la suite de les diffuser auprès d'organismes comme le nôtre et de bien d'autres aux quatre coins du pays.

Le sénateur Keon: Mme Blau, Je suis convaincu qu'on peut concevoir des serveurs qui, aujourd'hui, permettent l'intégration électronique de l'information. Si un tel système était conçu et que vous déteniez les rênes du pouvoir en Saskatchewan quelles catégories de personnel intégreriez-vous au système, si vous deviez arrêter l'organisation des soins primaires.

Mme Blau: C'est une bonne question. J'y mettrais à coup sûr les infirmières, mais vous l'aurez deviné, parce que je suis partielle. Cependant, je sais aussi que les infirmières constituent l'appareil circulatoire. Elles sont le système nerveux de tout système de santé. À l'heure actuelle, elles sont suffisamment initiées au principe du mieux-être pour faire du bon travail à ce sujet, tout en veillant sur les malades.

Les infirmières sont au coeur de l'action, et je pense que ce sont elles qui sont les mieux placées pour évaluer les besoins du client et déterminer si le recours à un travailleur social, à un physiothérapeute ou à un conseiller s'impose. Il y a aussi toutes les personnes à qui nous pensons normalement, puis il y a les conseillers financiers, de même que les municipalités rurales ou urbaines qui s'occupent de l'environnement et des dangers pour la santé. Désormais, nous sommes tous conscients de la qualité de l'eau, alors que, auparavant, nous n'avions pas à nous en soucier autant. J'ai grandi sur une ferme où la qualité de l'eau était vérifiée chaque année. J'ai donc grandi avec le souci de l'innocuité de l'eau, puis je n'ai pas eu à y penser pendant des années.

Les pivots de l'équipe seraient les infirmières ou, dans les petites localités, une infirmière, ayant accès à un médecin pour les soins médicaux et à d'autres professionnels de la santé pour d'autres besoins en santé. Les infirmières auraient également la possibilité d'orienter des clients vers les agents financiers et de s'attaquer aux questions environnementales de concert avec la municipalité rurale ou urbaine. Les équipes iraient bien au-delà de ce que nous considérons aujourd'hui comme les soins aux malades.

Je pense que les infirmières jouent un rôle central. Selon le cas, elles auraient besoin d'accéder à d'autres personnes.

Le sénateur Keon: Je me rends compte que la question était un peu injuste, mais je pense qu'il s'agit d'un domaine fascinant auquel nous devons tous nous intéresser.

The Chairman: When my wife was trained as a nurse and, I suspect, when Senator Pépin was trained as a nurse, it was in hospitals, as opposed to going to university. I suspect, by the way, that that was also true in your case. Over several years, a number of the provincial nursing associations have moved to the position that in order to qualify as an RN, you must have a university degree.

My question really follows on from Senator Keon's question about training people to the level that they really need. You yourself said you have CNAs, and then you have another level, then you have RNs, then you have nurse practitioners and so on. Frankly, by the way, the number of university positions that have been cut over 10 years is 60,000, which is roughly the number of nurses that the country is currently short — just as an interesting observation. Provincial governments brought the problem on themselves. By the way, they also cut down on the number of enrolments at medical schools, so you were not alone.

My question is, how do people like us, who are trying to make recommendations on the human resource side, make them in a way that does not cause people to be overly qualified? Do all nurses need to have a university degree? For instance, there is a current experiment run by the Edmonton Regional Health Authority — which we will hear about tomorrow — in which they are undertaking to train, I believe it is 1,000 nurses or 1,200 nurses in an 18-month intensive program entirely in a hospital. Thus returning to where we were 30 or 40 years ago. Believe me, as an ex-academic, I am not the slightest bit opposed to education, but I think we need to ask ourselves how much education do people generally need in order to do specific jobs, and as you said yourself, there can be gradations within those jobs.

How do we get a handle on that question?

Ms Blau: You cannot reduce nursing to a series of tasks, and that is why it needs a broad university education.

About 90 per cent of our current patients were educated in a university. There are very few people these days who do not have at least an undergraduate degree. If we went back to that, they would be cared for by somebody who has been educated in a task-oriented fashion, and who may not have the broad problem-solving and knowledge-of-life skills that a university education develops.

Our association looked very carefully at what the current needs are. Going back to the future, hospitals have changed, medicine has changed, medications are more complex, and people need that integrated assessment of their psychosocial as well as their physical needs. If you reduce nursing to just performing tasks,

Le président: À l'époque où mon épouse a fait ses études d'infirmière, et je suppose qu'il en va de même pour le sénateur Pépin, la formation se donnait dans les hôpitaux, et non à l'université. Soit dit en passant, je pense qu'on peut probablement en dire tout autant pour vous. Il a suffi de quelques années pour qu'un certain nombre d'associations provinciales d'infirmières adoptent pour position que les infirmières accréditées devaient être titulaires d'un diplôme universitaire.

En réalité, ma question fait suite à celle du sénateur Keon à propos de la formation des personnes au niveau dont elles ont véritablement besoin. Vous avez vous-même mentionné qu'il y a les infirmières auxiliaires autorisées, puis un autre niveau, puis les infirmières autorisées, puis les infirmières praticiennes et ainsi de suite. Soit dit en passant, et pour être tout à fait franc, je précise que le nombre de places à l'université qui ont été supprimées au cours des dix dernières années s'établit à 60 000, c'est-à-dire à peu près le nombre d'infirmières qui manquent actuellement au pays — il s'agit simplement d'une observation intéressante. Les gouvernements provinciaux sont eux-mêmes à l'origine de ce problème. D'ailleurs, ils ont également réduit le nombre d'inscriptions dans les écoles de médecine. Vous n'êtes donc pas les seuls.

Ma question est la suivante: comment des personnes comme nous, qui tentons de formuler des recommandations relatives aux ressources humaines, pouvons-nous éviter la surqualification? Les infirmières doivent-elles toutes être titulaires d'un diplôme universitaire? Par exemple, l'office régional de la santé d'Edmonton — que nous entendrons demain — tente actuellement une expérience dans le cadre de laquelle on s'efforce de former 1 000 ou 1 200 infirmières, si je me rappelle bien, dans le cadre d'un programme intensif d'une durée de 18 mois offert entièrement dans un hôpital. De ce fait, nous revenons 30 ou 40 ans en arrière. Croyez-moi, à titre d'ancien professeur, je n'ai strictement rien contre l'éducation, mais je pense que nous devons nous interroger sur la formation additionnelle dont les travailleurs ont généralement besoin pour répondre aux exigences d'un poste donné puisque, comme vous l'avez vous-même affirmé, il y a des degrés à l'intérieur de ces postes.

Comment aborder cette question?

Mme Blau: On ne peut ramener la profession d'infirmière à une série de tâches, et c'est pourquoi les infirmières doivent posséder une éducation universitaire générale.

Environ 90 p. 100 de nos patients d'aujourd'hui ont étudié à l'université. Ces jours-ci, rares sont les personnes qui n'ont pas à tout le moins un diplôme de premier cycle. Si nous revenions aux anciennes méthodes, ces personnes seraient traitées par une infirmière formée pour exécuter des tâches précises et qui ne possèdent peut-être pas les compétences générales liées à la résolution de problèmes et à la connaissance de la vie qu'une éducation universitaire favorise.

Notre association s'est penchée avec beaucoup de soins sur les besoins actuels. Pour en revenir à la situation de demain, les hôpitaux ont changé, au même titre que la médecine elle-même, les médicaments sont plus complexes, et on doit procéder à une évaluation intégrée des besoins psychosociaux et physiques des

then you take away the ability to decide that the task you are doing is the one that should be done. Nursing is much bigger than that. Nursing is looking at the patient, the family, and the situation and saying, "These are the factors that I need to take into consideration, and on that basis I will talk to the patient about taking this particular course of action."

We have had experience in Saskatchewan with nurses who took a two-year, technically oriented program, and having worked beside both them and the nurses who are educated at the baccalaureate level, I would not ever want us to go back to that. They are good on tasks, but they do not put the big picture together nearly as quickly. They will develop that ability, but it will take them five years, whereas a university-educated nurse may be a little short on tasks, but she has the broad thinking skills and the broad problem-solving skills.

The Chairman: That says to me you see a nurse in what Senator Keon called the "leadership role," with the CNAs, or whoever, doing what you would call the "tasks." That is the model you see?

Ms Blau: Not necessarily, because while the nurse is doing the task, she is also doing the assessment and the big-picture thinking. It is not a question of the nurse sitting at the desk and directing the foot soldiers. It is a question of the nurse being out there in the hands-on work.

We learn far more from our hands than we do from our eyes. Our hands, our eyes, our noses, our innards, we trust them all, because they give us the whole picture of the patient and the situation.

Nurses must get better at delegating tasks that can be delegated, and doing that appropriately, but I do not see nurses only in leadership roles and directing the care. I see nurses as being involved too, so it needs to be both.

Senator Pépin: You mentioned life skills, and maybe I misunderstood because of the language, but for me, life skills do not come from being solitaire, you have to be working with people. Is there a minimum age for becoming a nurse now?

Ms Blau: I do not believe that there is a minimum age to enter an education program, no.

Senator Pépin: We had to be 18 to begin training.

Ms Blau: Right, but we also could not be married, and if we got married while we were being trained, we got kicked out. There are a lot of things I do not want to go back to.

patients. Si on ramène la profession d'infirmière à l'exécution de ces tâches, on prive l'infirmière de la capacité de décider si la tâche qu'elle effectue se justifie. La profession d'infirmière ne se résume pas qu'à cela. On doit tenir compte du patient, de sa famille et de sa situation et se dire: «Tels sont les facteurs que je dois prendre en considération, et c'est à la lumière de ces facteurs que je chercherai à convaincre le patient d'opter pour tel ou tel plan d'action.»

En Saskatchewan, nous avons tenté une expérience dans le cadre de laquelle des infirmières ont suivi un programme technique d'une durée de deux ans. Pour avoir travaillé avec elles et avec d'autres infirmières titulaires d'un baccalauréat, je ne voudrais jamais revenir en arrière. Elles effectuent leurs tâches avec compétence, mais elles mettent beaucoup plus de temps à se faire une idée générale de la situation. Elles acquerront cette capacité, mais elles mettront cinq ans à le faire, tandis que l'infirmière formée à l'université, même si elle a quelques lacunes relativement à des tâches, possédera des capacités analytiques larges et des compétences générales en résolution de problèmes.

Le président: Si je comprends bien, vous voyez une infirmière qui, pour reprendre l'expression du sénateur Keon, joue un «rôle de leadership», tandis que les infirmières auxiliaires autorisées ou d'autres se chargeraient de ce que vous appelez les tâches. Est-ce le modèle que vous envisagez?

Mme Blau: Pas nécessairement parce que l'infirmière, pendant qu'elle exécute la tâche, procède à une évaluation et se fait un portrait de la situation d'ensemble. Ce qu'on recherche, ce n'est plus une infirmière qui, assise derrière un bureau, dirige des fantassins. En fait, l'infirmière doit effectuer des tâches pratiques.

Nos mains nous enseignent beaucoup plus de choses que nos yeux. Nous faisons confiance à nos mains, à nos yeux, à notre nez et à nos tripes parce qu'ils nous donnent une idée générale du patient et de sa situation.

Les infirmières ont fait des progrès au chapitre de la délégation, et de la délégation bien faite, des tâches qui peuvent l'être, mais je ne vois pas les infirmières cantonnées dans des rôles de leadership se contentant de diriger la prestation des soins. À mes yeux, les infirmières doivent participer directement. On doit donc conserver les deux aspects.

Le sénateur Pépin: Vous avez fait allusion à la dynamique de la vie, et j'ai peut-être mal compris en raison de la barrière de la langue, mais, pour moi, on apprend la dynamique de la vie non pas en restant solitaire, mais bien plutôt en travaillant avec d'autres. Y a-t-il aujourd'hui un âge minimum pour devenir infirmière?

Mme Blau: À ma connaissance, il n'y a pas d'âge minimum pour s'inscrire à un programme d'éducation.

Le sénateur Pépin: Nous devons avoir 18 ans avant de commencer notre formation.

Mme Blau: C'est vrai, mais on nous interdisait aussi d'être mariée. Si nous nous mariions pendant notre formation, on nous mettait à la porte. Il y a beaucoup de choses auxquelles je ne tiens pas à revenir.

The Chairman: By the way, now that you mention it, my wife lost two classmates who got married while they were in the course.

Senator Pépin: So as long as they have finished their college education?

Ms Blau: They have to have completed grade 12 in Saskatchewan, yes.

The Chairman: Mr. Layne, you commented on the desirability of a home care program, and there is no question that that is an option we put into our report. We also discussed the possibility of a national pharmacare program. However, we sort of narrowed that option down to what I would call a "bite-sized piece." That was essentially dealing with the fact that there are a number of people, even people with drug plans, by the way, for whom the cost of drugs gets to the point where it is truly prohibitive. We called it "catastrophic" in the report. We had a bite-sized piece there that said maybe you begin there, with a national program for the catastrophic level. For one thing, we do not want to take over from all the employer-sponsored programs. They are doing very well.

We did not have enough information to be quite as specific on the home care side. You may not have the answer today, but if you could talk to your colleagues across the country and give us some help on this, it would be useful.

If one were to say one wanted to deal with the "catastrophic" end of home care — and Senator Keon is fond of pointing out that that applies very much to end-of-life care in many cases — what is the bite-sized piece that we could begin with that might start us down the road to some eventual national program? At least it would deal with those awful situations in which people are becoming destitute and bankrupt and so on as a result of having to pay out-of-hospital costs, particularly toward the end of their lives.

I would love to hear your comments now, but perhaps you might take it back to your national organization and say we really need help with what the first, most important step would be if we were to look at trying to ease the home-care burdens for Canadians. As I say, particularly those toward the end of their lives.

Mr. Layne: Clearly, we support the concept of developing bite-sized pieces. We talked about it earlier in response to your comment, Senator Keon, that if the pieces are too large, it just does not happen.

We have certainly talked about home care as an organization, because we see a lot of need for that. There is a need for a national palliative care program. There are individuals out there who, in the last decades of life, and in the last few weeks or sometimes months or days, are having a very difficult time. It is a most difficult time for them, their families and their connections

Le président: Soit dit en passant, maintenant que vous le dites, ma femme a perdu deux camarades de classe qui se sont mariées en cours de formation.

Le sénateur Pépin: Ainsi, il leur suffit d'avoir terminé leur formation collégiale?

Mme Blau: Oui, elles doivent avoir terminé leur 12^e année en Saskatchewan.

Le président: M. Layne, vous avez souligné qu'il serait souhaitable qu'on mette sur pied un programme de soins à domicile, et il ne fait aucun doute que c'est une option que nous allons inclure dans notre rapport. Nous avons également évoqué la possibilité d'établir un programme national d'assurance-médicaments. Cependant, nous avons ramené cette option à ce que j'appellerais un «module». Le problème, c'est essentiellement qu'il y a un certain nombre de personnes pour qui, même si elles bénéficient d'un régime d'assurance-médicaments, le coût des médicaments devient franchement prohibitif. Dans la version anglaise du rapport, nous avons parlé de coûts «catastrophiques». Nous avons ici affaire à un module, c'est-à-dire qu'on pourrait débiter par l'établissement d'un programme national pour les cas d'une ampleur catastrophique. D'abord, nous ne voulons pas prendre à notre charge l'ensemble des programmes administrés par les employeurs. Ils font du très bon travail.

Nous ne disposons pas d'une information assez précise en ce qui concerne les soins à domicile. Vous n'avez peut-être pas la réponse aujourd'hui, mais, si vous pouviez consulter vos collègues du pays et nous venir en aide à ce sujet, votre contribution nous serait très utile.

Si on voulait s'occuper de l'aspect «catastrophique» des soins à domicile — et le sénateur Keon se plaît à mentionner que, dans de nombreux cas, le terme s'applique très bien aux soins aux personnes en fin de vie — par quel module susceptible de nous mettre sur la route d'un éventuel programme national pourrions-nous commencer? Nous pourrions tout au moins nous attaquer aux cas terribles dans lesquels des personnes sombrent dans la déchéance et font faillite parce que, en dehors du milieu hospitalier, elles doivent faire face à des coûts, particulièrement à la fin de leur vie.

J'aimerais entendre vos commentaires à ce sujet, mais peut-être pourriez-vous soumettre la question à votre organisme national. Dites à vos membres que nous avons vraiment besoin d'aide pour déterminer quelle est la première et la plus importante étape que nous devrions franchir pour tenter de soulager le fardeau des soins à domicile pour les Canadiens. Comme je l'ai indiqué, je songe en particulier aux personnes en fin de vie.

M. Layne: De toute évidence, nous sommes favorables à une approche modulaire. Nous en avons déjà parlé en réponse à un de vos commentaires, sénateur Keon. Lorsqu'on a des ambitions démesurées, rien ne se fait.

Notre organisme a déjà discuté des soins à domicile parce que ces derniers font l'objet d'un besoin criant. On a aussi besoin d'un programme national de soins palliatifs. Il y a au pays des personnes qui connaissent des moments très difficiles dans les dernières décennies et même dans les dernières semaines, les derniers mois ou les derniers jours de leur vie. Il s'agit pour elles,

within their networks. In many cases, the programs out there are not the best. It is piecemeal. It used to happen exclusively in institutions. Thank God we are moving away from that, although very slowly. People do not live their lives in institutions, they live their lives in their homes, and many people we see express the desire to be at home in the last few days or hours of their lives.

I think if we could leave one suggestion at this table — and certainly, we will discuss it further — it is that we feel there is a need for a national palliative care program. Clearly, we would be prepared to pilot that in partnership with the Canadian Home Care Association, the Canadian Palliative Care Association, and other organizations out there that are connected with that client group. I think that that would be a very positive first step.

Our organization has reviewed it and feels that that is a very doable project. I think it would have a significant impact on evolving perceptions of health care. A lot of the population has heard a lot of debate on it over the years, but now they are waiting to see what will develop that will really have an effect. We believe that a national palliative care program would do exactly that.

Senator Pépin: I do not know if you are aware of it, but there is a new secretariat on palliative care in Ottawa. It published a report. Could I send you a copy so you can tell us what you think about it?

Mr. Layne: Please do.

Senator Pépin: We have a new secretariat, and every year, we will be updating all our recommendations. I will send you a copy of the report, because it is very important.

Senator Morin: I think it is important for the people in Ottawa to look at this, but I also strongly urge your organization to look at it. If you are to recommend a national program on palliative care, which I strongly support, you should consider the financial aspects. The problem is there are so many recommendations for programs, and we have no idea how much they cost. I strongly urge you to go ahead, but also to consider the financial component: what you would save, or what extra resources would be necessary. I think this is very important and that your organization is the ideal one to do that. You are the ideal organization to look at the Aboriginal health problem.

The Chairman: One of the points that I was getting at was that there is a difference, in my view, between a national program and a universal program. A national program would mean it is available everywhere; a universal program would mean it is available to all Canadians. The reason I talked about a bite-sized program is that I do not think you begin with a program that

les membres de leur famille et les proches qui font partie de leurs réseaux d'une période des plus difficile. Dans de nombreux cas, les problèmes qui existent ne sont pas d'une très grande qualité. On procède à la pièce. Les soins sont presque exclusivement réservés aux institutions. Dieu merci, nous nous éloignons de ce modèle, mais à pas de tortue. Les gens ne vivent pas dans une institution, ils vivent dans leur foyer, et bon nombre de personnes que nous voyons expriment le désir de vivre chez elles les derniers jours ou les dernières heures de leur vie.

Si nous pouvions laisser une suggestion à cette table — et il est certain que nous y reviendrons —, c'est que, à notre avis, la mise sur pied d'un programme national de soins palliatifs s'impose. De toute évidence, nous serions disposés à piloter un tel programme en partenariat avec l'Association canadienne de soins et services à domicile, l'Association canadienne des soins palliatifs et d'autres organismes qui s'occupent de ce groupe de clients. Je pense que ce serait là une première étape des plus positives.

Notre organisme a examiné la question et a le sentiment qu'il s'agit d'un projet tout à fait réalisable. Je pense qu'il aurait un impact marqué sur les perceptions changeantes des soins de santé. Bon nombre de Canadiens ont assisté à d'innombrables débats au fil des ans, mais ils attendent aujourd'hui de voir les mesures arrêtées qui auront un véritable effet. Nous pensons que c'est précisément ce que ferait un programme national de soins palliatifs.

Le sénateur Pépin: Je ne sais pas si vous le savez, mais il y a un nouveau secrétariat des soins palliatifs à Ottawa. Il a publié un rapport. Pourrais-je vous en envoyer un exemplaire pour avoir votre avis à son sujet?

M. Layne: Je vous en prie.

Le sénateur Pépin: Nous sommes dotés d'un nouveau secrétariat, et nous allons tous les ans mettre à jour toutes nos recommandations. Je vais vous en envoyer un exemplaire puisqu'il s'agit d'une question très importante.

Le sénateur Morin: Je pense qu'il est très important que les fonctionnaires d'Ottawa examinent cette question, mais je prie instamment votre organisme de s'intéresser aussi à la question. Si vous entendez recommander la création d'un programme national de soins palliatifs, ce avec quoi je suis entièrement d'accord, vous devriez tenir compte des aspects financiers. Le problème, c'est qu'on recommande de nombreux programmes sans avoir la moindre idée de leur coût. Je vous invite à aller de l'avant, mais aussi à tenir compte du volet financier: quelles seraient les économies réalisées, ou à combien se chiffreraient les ressources additionnelles nécessaires? Je pense que cela est très important et que votre organisation est idéalement placée pour effectuer ce genre de travail. Vous êtes également idéalement placés pour vous occuper du problème de la santé des Autochtones.

Le président: L'un des points que je souhaitais soulever, c'est qu'il existe, à mon avis, une différence entre un programme national et un programme universel. Un programme national est offert partout: un programme universel est accessible à tous les Canadiens. Si j'ai parlé d'un programme modulaire, c'est parce que je ne pense pas qu'on puisse débiter par un programme qui

suddenly applies to all Canadians: it applies to all Canadians who really need the help.

Where you would be of real help to us is in giving us some insight into how we define who really needs the help, and who can largely finance it on their own. It is not just an on-off switch. Some people might get the entire program for nothing and some people might pay the entire costs themselves, and then there might be some kind of a sliding scale for those in between. You would have a much better, on-the-ground feel for how one could define those "layers," if you want, than we would from just sitting looking at macro income data, which is basically all we have. Any help your organization could give us would be really appreciated.

May I say thank you to the witnesses. I know we went way beyond the allotted time.

Do you want to make one last comment? You looked like you were about to.

Mr. Layne: We never answered Senator Morin's question about unions.

Senator Morin: I thought you did not want to touch that.

Ms Brenda Smith, National Board Member, Saskatchewan Representative, Victorian Order of Nurses: I wanted to comment on that because I am the provincial representative on the board for VON, but I am also a nurse and I work in geriatrics.

We had a problem with volunteers, and I think it is important to consult with the unions and get the feedback before you begin — and maybe you did that. We have a big volunteer organization in our building, and it is more a question of deciding what jobs they can do, with the staff being so stretched now that they do not have enough time to do everything. I think if you do that — and I think it has to be ongoing — then they are not quite as opposed to the volunteers; they accept them. It does not work if you just decide all of a sudden that they are going to do these jobs — that is what we found. I think with the nurses and everyone else being so short of time, there are jobs that the volunteers can do, working with the families especially, and the kinds of things that the nurses are not able to do right now. That might be the key to it, really.

The Chairman: May I thank all of you for coming. As you can tell, we really appreciated your testimony.

s'applique soudainement à l'ensemble des Canadiens. Il doit plutôt s'appliquer à tous les Canadiens qui ont véritablement besoin de cette aide.

Là où vous pourriez vraiment nous être d'un grand secours, c'est en nous donnant une idée du moyen d'identifier les personnes qui ont véritablement besoin d'aide et de celles qui peuvent financer elles-mêmes une bonne partie des services. Il ne s'agit pas d'un simple interrupteur marche-arrêt. Certaines personnes pourraient avoir droit à l'ensemble du programme sans verser un sou, certaines pourraient devoir assumer elles-mêmes la totalité des coûts, et on pourrait attribuer une sorte d'échelle mobile pour celles qui se trouvent quelque part au milieu. Par rapport à nous qui devons nous contenter d'examiner des macro-données sur les revenus, et c'est essentiellement tout ce que nous avons en main, vous avez sans doute une bien meilleure idée concrète de la façon de définir ces «couches», si vous voulez. Toute aide que votre organisme pourra nous apporter sera grandement apprécié.

Permettez-moi maintenant de remercier les témoins. Je sais que nous avons largement dépassé le temps qui nous était alloué.

Vous souhaitez faire un dernier commentaire? J'ai eu l'impression que vous étiez sur le point d'intervenir?

M. Layne: Nous n'avons pas répondu à la question du sénateur Morin au sujet des syndicats.

Le sénateur Morin: Je me suis dit que vous ne vouliez pas y toucher.

Mme Brenda Smith, membre du conseil d'administration national, représentante de la Saskatchewan, Infirmières de l'Ordre de Victoria: Je voulais faire un commentaire à ce sujet parce que je représente la province au sein du conseil des Infirmières de l'Ordre de Victoria, mais je suis également une infirmière qui travaille dans le domaine de la gériatrie.

Nous faisons face à un problème en ce qui a trait aux bénévoles, et je pense qu'il importe de consulter les syndicats et d'obtenir leurs commentaires avant de commencer — et peut-être l'avez-vous fait. Notre établissement est doté d'un important organisme de bénévoles, et la question est plutôt de savoir ce que les bénévoles peuvent faire, les employés étant si sollicités qu'ils n'ont plus le temps de tout faire. Si on procède de la sorte — et il importe de le faire en continu, me semble-t-il, les syndicats ne s'opposent pas autant aux bénévoles. En fait, ils les acceptent. Si on se contente de décider soudainement que les bénévoles vont effectuer telle ou telle tâche, les choses ne se passent pas aussi bien — c'est le constat que nous avons fait. Comme les infirmières et tous les autres manquent de temps, il y a, à mon avis, des tâches que les bénévoles peuvent accomplir, notamment au chapitre du travail effectué auprès des familles. Ce sont des choses que les infirmières ne sont pas en mesure de faire actuellement. C'est peut-être là que réside la clé du problème.

Le président: Je vous remercie tous de votre présence. Comme vous êtes à même de le constater, nous apprécions au plus haut point votre témoignage.

Our next witness is Ms Kathleen Storrie, Vice-President, Community Health Services (Saskatoon) Association. With her is Ms Ingrid Larson, Director, Member Relations Director.

We also have with us Dr. John Bury, who is appearing as an individual. He is a retired physician here in Saskatchewan and, as I understand it, he was instrumental in getting a number of community clinics and other facilities started. He has been involved in the health care reform movement in Saskatchewan for a long time.

I would welcome all of you, Ms Storrie, we will begin with you and then turn to Dr. Bury. As you know, we are not short of questions.

Ms Kathleen Storrie, Vice-President, Community Health Services (Saskatoon) Association: Thank you very much for this opportunity to present to this Senate committee.

I would just add that Dr. Bury was a physician at the community clinic that I am representing for 22 years. He was head of the medical group for seven years. If it is agreeable to senators, if Ingrid and I feel that we are not entirely competent to answer a question, perhaps we could co-opt Dr. Bury as another of witnesses, even though he will be making his presentation as an individual when his turn comes.

Unfortunately, our administrator, Mr. Patrick LaPointe, could not be here this morning. He is in Regina meeting with the provincial cabinet. Mr. LaPointe is also Chairman of the Canadian Alliance of Community Health Centre Organizations, so I am sure he would have been of great assistance to the committee. However, that is the way it works.

From our brief you will see that we deal with four major areas. To save time, I will summarize those points. I hope you can follow as I go along. As I make my remarks, I will try to clarify where I am in the brief.

As an association, we support a comprehensive, publicly-funded health care system that is accessible to all Canadians, and we have real concerns about a two-tiered system. We oppose a two-tiered system, and I have cited some of the reasons for that. Essentially, we see for-profit systems as being inherently more expensive. There are other negative effects of a two-tiered system, which I am sure you are aware of, such as the administrative costs being higher, the problems with waiting lists, and so on.

We are not sure about the suggestion to give the public sector equal time in the case of a two-tiered system. We believe there are other ways to consider, if you are concerned about the use of resources, and we think integrated multi-disciplinary primary care is one way that that can happen.

Notre prochain témoin est Mme Kathleen Storrie, vice-présidente, Association des services des soins de santé communautaires (Saskatoon). Mme Ingrid Larson, directrice des relations avec les membres, l'accompagne.

Nous avons également avec nous le Dr John Bury, qui comparait à titre personnel. Médecin à la retraite vivant ici, en Saskatchewan, il a, si je comprends bien, joué un rôle crucial dans la mise sur pied d'un certain nombre de cliniques communautaires et d'autres établissements. Il est depuis longtemps associé à la réforme des soins de santé en Saskatchewan.

Bienvenue à tous, Mme Storrie, nous allons débiter par vous, puis nous allons entendre le Dr Bury. Comme vous le savez, nous ne sommes pas à court de questions.

Mme Kathleen Storrie, vice-présidente, Association des services des soins de santé communautaires (Saskatoon): Je vous remercie de l'occasion qui m'est donnée de comparaître devant le comité du Sénat.

J'ajoute que le Dr Bury a été médecin à la clinique communautaire que je représente pendant 22 ans. Il a dirigé le groupe médical pendant sept ans. Si les sénateurs y consentent, Ingrid et moi, à supposer que nous ne nous sentions pas entièrement compétentes pour répondre à une question, allons peut-être nous tourner vers le Dr Bury à titre de témoin supplémentaire, même si, quand son tour viendra, il comparaitra à titre personnel.

Malheureusement, notre administrateur, M. Patrick LaPointe, ne peut être parmi nous ce matin. Il assiste à Regina à une réunion du Cabinet provincial. M. LaPointe est également président du Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé. Je suis donc certaine qu'il aurait été d'un grand secours pour le comité. Le sort en a voulu autrement.

À la lecture de notre mémoire, vous constaterez que nous nous intéressons à quatre enjeux principaux. Par souci de brièveté, je vais résumer ces points. J'espère que vous allez pouvoir suivre au fur et à mesure. Pendant mon exposé, je vais préciser où j'en suis dans le mémoire.

À titre d'association, nous sommes favorables à un système de soins de santé public complet accessible à tous les Canadiens, et l'établissement d'un système à deux vitesses suscite chez nous de vives préoccupations. Nous nous opposons à un système à deux vitesses, et j'ai énuméré toutes les raisons de notre opposition. Essentiellement, nous considérons que les systèmes à but lucratif sont en eux-mêmes plus coûteux. Un système à deux vitesses aurait d'autres effets négatifs, que vous connaissez déjà, j'en suis certaine, par exemple des frais d'administration plus élevés, les problèmes liés aux listes d'attente, et ainsi de suite.

La proposition de conférer au secteur public un temps égal dans le cadre d'un système à deux vitesses nous plonge dans la perplexité. Si vous vous inquiétez de l'utilisation des ressources, nous pensons qu'il y a d'autres avenues à explorer, et nous sommes d'avis que l'établissement de soins primaires multidisciplinaires et intégrés représentent une solution possible.

We make a point, which is often overlooked, about the cost to the public purse of the subsidy to private insurance plans. I am referring to the third dot under 1.a. of my brief. When employers pay for health insurance on behalf of the employees, the expense is tax deductible and it is not taxable to employees. In fact, we are forgoing tax revenue amounting to about \$3 billion to \$4 billion annually. I am simply pointing out that we have a major public subsidy to private insurance which is not always taken into account.

I have the impression — and this is my personal opinion — that this Senate committee is quite pessimistic about what can be done to make the publicly-funded system more efficient. My question is: Is my impression of this pessimism well-founded? It seems you may be relying on the profit motive to make the system more effective and to reduce the overuse of resources. Yet, if that were the result, one would wonder why the American system is so much more expensive than ours.

We believe there are some answers to the systemic problems we face. For example, at the bottom of that page 1, I deal with long waiting lists. Although I did not read all of them, I saw no reference in your reports to the fact that long waiting lists may not be due to lack of resources but, rather, they may be the result of systemic problems.

On page 2 we move to refocusing. We would commend your recognition of the fact that we must refocus our system to a more holistic model, supporting the health of all Canadians.

We then move to primary care. We were delighted to hear the nurses, who spoke earlier, dealing with this subject. Possibly much of what we have here is redundant, but we still want to make our points. We are pleased that the federal government is devoting \$800 million to primary care reform. We note that your committee does, indeed, very much support primary health care with delivery by multi-disciplinary teams of professionals.

Our Saskatoon clinic has been involved in this kind of work for almost 40 years here in the province. The clinic opened its door in July 1962. We serve about 25,000 patients. We also have a clinic on the east side and on the west side, which is an area with a largely Aboriginal population.

Our brief then lists the characteristics of the Saskatoon Community Clinic. We stress community development, and we involve our patients and our members in decision making. As you run your eyes down this list, you will see that we are non-profit, community based, we form strong partnerships with our users and providers, and we have a multi-disciplinary approach to care. All members of our staff are salaried employees. We respond to needs 24 hours a day, seven days a week, and we are very much

Nous soulevons un point, souvent passé sous silence, au sujet du coût pour le trésor public des subventions aux régimes d'assurance privés. Je fais référence au troisième point centré sous 1.a. dans mon mémoire. Lorsque des employeurs assument les coûts d'une assurance-santé au nom de leurs employés, la dépense est déductible d'impôt et non imposable pour les employés. En fait, nous renonçons chaque année à des recettes fiscales de l'ordre de 3 à 4 milliards de dollars par année. Je me contente simplement de souligner qu'il s'agit d'une importante subvention publique aux assurances privées dont on ne tient pas toujours compte.

J'ai l'impression — et c'est une opinion personnelle — que le comité du Sénat est relativement pessimiste à propos des moyens d'accroître l'efficacité du système public. Ma question est la suivante: l'impression de pessimisme que j'ai est-elle ancrée dans la réalité? On a l'impression que vous risquez d'invoquer le motif des profits pour rendre un système plus efficace et réduire la surutilisation des ressources. Si tel était le cas, on se demande pourtant pourquoi le système américain est tellement plus onéreux que le nôtre.

Nous croyons qu'il y a des solutions aux problèmes systémiques auxquels nous faisons face. Par exemple, au bas de la page 1, je m'attaque au problème des longues listes d'attente. Même si je ne les ai pas tous lus, je n'ai pas vu dans vos rapports d'allusions au fait que les longues listes d'attente s'expliquent peut-être non pas par le manque de ressources, mais bien plutôt par des problèmes systémiques.

À la page 2, nous nous intéressons au reciblage. Nous vous félicitons d'avoir reconnu que nous devons réaligner notre système sur un modèle plus holistique bénéfique pour la santé de tous les Canadiens.

Nous passons ensuite aux soins primaires. Nous avons été ravis d'entendre les infirmières, qui nous ont précédés, aborder cette question. Ce que nous allons dire ici se révélera peut-être redondant, mais nous tenons à soulever certains points. Nous sommes heureux que le gouvernement fédéral consacre 800 millions de dollars à la réforme des soins primaires. Nous constatons que votre comité appuie fermement la prestation de soins de santé primaires offerts par des équipes multidisciplinaires de professionnels.

Notre clinique de Saskatoon effectue ce genre de travail depuis près de 40 ans ici dans la province. La clinique a ouvert ses portes en juillet 1962. Nous offrons des services à quelque 25 000 patients. Nous avons également une clinique du côté est et du côté ouest, région où habite une population composée en grande partie d'Autochtones.

Dans notre mémoire, nous énumérons ensuite les caractéristiques de la clinique communautaire de Saskatoon. Nous mettons en relief le développement communautaire, et nous associons nos patients et nos membres à la prise de décisions. Si vous consultez le bas de la liste, vous verrez que nous sommes un organisme communautaire sans but lucratif, que nous établissons de solides partenariats avec nos utilisateurs et nos fournisseurs et que nous préconisons une approche multidisciplinaire des soins. Tous les

involved in partnerships with other health organizations. We work with other organizations in other sectors.

We strongly recommend this model, as described in our brief.

We noted the mention of the community clinic model in your report, but we did not see it in the context of cost saving. This is a point that we want to make. In fact, in the early 1980s Saskatchewan Health did research the cost to the public purse of 200 fee-for-service urban doctors compared to the cost of community clinics. The report was put together in 1983. For political reasons, it was not made available to the public for several years.

This research found that the clinics, on average, cost 17 per cent less than private physicians, in terms of lower prescription costs, the lower use of services, and lower levels of hospitalization of patients.

Saskatchewan Health continues to monitor the differential costs: the costs of community clinics on the one hand, and the costs of private practice on the other. The clinics are still more effective, even though we have many professionals on staff and we have a global budget. The differentials are not as great because, generally, hospitalization costs have gone down, so that makes a difference to the cost of the private practice doctors. The numbers of people sent to hospitals has gone down and, I think I am correct in saying, the length of stays in hospital have been shortened.

We also believe, for many reasons, the multi-disciplinary approach is much more sustainable. One reason is that our salaried professionals spend much more time with patients and, therefore, they can deal with their social and emotional needs. For example, they can refer patients to social workers if there are social needs; and to a nutritionist, if there is a nutritional issue. The nurses discussed this with you earlier.

We are also very conscious of accountability. We emphasize outcome indicators, patient-care protocols and external evaluations.

In November, 1997 the Saskatoon clinic was the first community clinic in Canada to be accredited by the Canadian Council on Health Services. We are very proud of that. The accreditation was renewed just this year for another three-year period.

Again, we strongly recommend that the federal government support this model.

We agree with an expansion of publicly funded health care services, particularly home care, palliative care, and the cost of prescription drugs.

membres de notre personnel sont salariés. Nous répondons aux besoins 24 heures sur 24, sept jours sur sept, et nous participons activement à des partenariats conclus avec d'autres organismes de santé. Nous travaillons également avec d'autres organismes d'autres secteurs.

Nous recommandons vivement un tel modèle, ainsi que notre mémoire l'indique.

Nous avons remarqué que, dans votre rapport, vous avez fait mention du modèle des cliniques communautaires, sans toutefois le situer dans le contexte des économies. C'est un point que je tiens à souligner. En fait, le ministère de la Santé de la Saskatchewan a, au début des années 80, mené une enquête sur le coût pour le trésor public de 200 médecins rémunérés à l'acte travaillant en milieu urbain par rapport à celui des cliniques communautaires. Le rapport a été préparé en 1983. Pour des raisons politiques, il n'a été rendu public que des années plus tard.

La recherche a montré que les cliniques coûtent, en moyenne, 17 p. 100 de moins que les médecins agissant à titre privé. Les économies sont liées des frais moins élevés au titre des médicaments d'ordonnance, à une utilisation moindre des services et à des taux inférieurs d'hospitalisation des patients.

Le ministère de la Santé de la Saskatchewan continue de surveiller les coûts différentiels: les coûts des cliniques communautaires, d'une part, et les coûts de la pratique privée, d'autre part. Les cliniques demeurent plus efficaces, même si notre effectif comprend de nombreux professionnels et que nous avons un budget général. Les différences ne sont pas grandes parce que, en général, les coûts des hospitalisations ont diminué, ce qui a une incidence sur le coût des médecins qui exercent dans le privé. Le nombre de personnes hospitalisées a diminué et, si je ne m'abuse, les séjours à l'hôpital durent moins longtemps.

Nous pensons également que l'approche multidisciplinaire est, pour de multiples raisons, beaucoup plus viable. L'une de ces raisons est que nos professionnels salariés consacrent beaucoup plus de temps aux patients et, par conséquent, répondent à leurs besoins sociaux et affectifs. Par exemple, ils peuvent aiguiller les patients qui ont des besoins sociaux vers des travailleurs sociaux ou ceux qui ont des problèmes de diète vers un nutritionniste. Les infirmières vous en ont parlé plus tôt.

Nous sommes également très soucieux de la reddition de comptes. Nous accordons une importance tout particulière aux indicateurs de résultats, aux protocoles de soins et aux évaluations externes.

En novembre 1997, la clinique de Saskatoon a été la première clinique communautaire au Canada à avoir été agréée par le Conseil canadien d'agrément des services de santé. Nous en sommes très fiers. L'agrément a été renouvelé cette année pour une période additionnelle de trois ans.

Une fois de plus, nous recommandons ardemment au gouvernement fédéral d'appuyer un tel modèle.

Nous sommes d'accord avec l'expansion des services de santé publique, en particulier les soins à domicile, les soins palliatifs et les médicaments d'ordonnance.

We were unable to get your chapter 8, so we cannot comment in detail about the options that you suggest therein, but from reading the interim report we concluded that we certainly would support a national pharmacare initiative and a national home care program.

Our staff continuously deal with real problems in this area. For example, with respect to prescription drugs, we know that people end up in hospital simply because they cannot afford certain drugs. Palliative care is also a major issue — and it is particularly a major issue for me — and I was glad to hear the nurses address that issue earlier.

Turning to page 4, I will now deal with population health. Our association is a strong advocate in the community on many health and social issues. We see our clinic as a model or a way in which the social determinants of health are, in fact, addressed. Particularly on the west side, we have many programs that attempt to deal with issues our clients face. As you see from our brief, we have groups who do all sorts of work. We have an advocacy group which deals with renter's rights. We have community kitchens and all kinds of support programs, especially for diabetic patients. We also have parenting and parent support classes, as well as prenatal groups.

Our Aboriginal people have been able to develop leadership. For example, we have an Elders group. The grandmothers play a major part in that.

We consider the west side to be a really good model of a primary care facility that provides a tremendous amount of support to the Aboriginal people and people in general in that area. It works well in trying to help with the leadership of the people themselves.

Our other recommendations, essentially, support your remarks on health protection, health promotion and wellness as outlined in your report.

We do a great deal of work in the area of health promotion. Our health promotion unit is involved in all kinds of programs, such as anti-smoking programs and others. We will expand on those if you wish.

With regard to the federal government's role as it relates to Aboriginal peoples, we make some fairly straightforward recommendations about strategies, particularly with respect to coordination. We see this cooperative, multi-disciplinary kind of approach being very well suited to Aboriginal values and the way Aboriginal people themselves like to operate.

Nous avons été incapables d'obtenir votre chapitre 8. Nous ne sommes donc pas en mesure de nous prononcer en détail sur les options que vous y proposez. À la lecture du rapport intérimaire, nous en sommes toutefois venus à la conclusion que nous appuierions à coup sûr l'initiative nationale d'assurance-médicaments et un programme national de soins à domicile.

Dans ce secteur, nos employés font sans cesse face à de véritables problèmes. Par exemple, en ce qui concerne les médicaments d'ordonnance, nous savons que des personnes se retrouvent à l'hôpital simplement parce qu'elles n'ont pas les moyens de se procurer certains médicaments. Les soins palliatifs représentent un autre enjeu de taille — particulièrement pour moi —, et j'ai été heureuse d'entendre les infirmières aborder cette question un peu plus tôt.

Je passe maintenant à la page 4 pour vous dire un mot de la santé de la population. Au sein de la collectivité, notre association intervient avec vigueur dans nombre de dossiers liés à la santé et aux questions sociales. Nous considérons notre clinique comme un modèle ou un moyen de prendre effectivement en compte les déterminants sociaux de la santé. Du côté ouest, en particulier, nous proposons de nombreux programmes pour tenter de répondre aux problèmes de nos clients. Comme l'indique notre mémoire, nous misons sur des groupes qui effectuent toutes sortes de travaux. Nous avons un groupe de défense des intérêts qui s'occupent des droits des locataires. Nous avons des cuisines communautaires et toutes sortes de programmes de soutien, en particulier pour les clients atteints de diabète. Nous offrons également des cours de soutien des parents et sur l'art d'être parent, sans oublier des groupes prénataux.

Nos Autochtones ont eu la possibilité de faire valoir leur leadership. Par exemple, nous avons un groupe d'ainés. Les grands-mères y jouent un rôle clé.

Nous considérons le côté ouest comme un bon modèle d'établissement de soins primaires apportant une aide extraordinaire aux Autochtones et aux résidents de la région en général. On réussit à mettre en valeur le leadership des résidents eux-mêmes.

Nos autres recommandations vont essentiellement dans le même sens que vos remarques sur la protection et la promotion de la santé de même que sur le mieux-être, comme le précise votre rapport.

Nous effectuons beaucoup de travail dans le domaine de la promotion de la santé. Notre unité de promotion de la santé participe à toutes sortes de programmes, par exemple des programmes de lutte contre le tabagisme et d'autres. Si vous le souhaitez, nous vous fournirons plus de détails à ce sujet.

En ce qui concerne le rôle du gouvernement fédéral vis-à-vis des Autochtones, nous formulons certaines recommandations relativement directes au sujet de stratégies, en particulier dans le domaine de la coordination. À nos yeux, ce genre d'approche coopérative et multidisciplinaire correspond très bien aux valeurs des Autochtones et au mode de fonctionnement des Autochtones eux-mêmes.

Finally, on page 5, we recommend that the federal government re-enter the whole area of social housing. Personally, I thought it was a total disaster when the federal government exited that area. Most of the provinces followed that example. We have paid a major price for the lack of federal and provincial involvement in social housing.

Dr. John Bury, individual presentation: Honourable senators, my presentation will be quite different.

The Chairman: We have always found it easier to hear both presentations and then ask questions of everybody at once.

Dr. Bury: Since the royal commission in 1964, we have held multiple provincial inquiries, we have had this inquiry, there have been amendments to the Canada Health Act, and there is the present Commission on the Future of Health Service in Canada, chaired by Mr. Roy Romanow. It seems to me that what is lacking is that we have never directly challenged the medical profession to seriously consider its own behaviour and the way that it carries out medical care.

We have talked about the evidence of inappropriate, wasteful, ineffectual medicine, and you have suggested that even correcting that would not be sufficient to make up the deficiency in funding and, therefore, as is suggested in your report, you are seeking sources of other funds. That suggests and supports a public view that is being promoted, and that is that the only solution is putting more money into the system. In times of an economic recession when we have external threats to our society, governments have to spend their money on something else. It seems to me this is a particularly appropriate time for everybody in the health system to look at what they do and what effect that has on the cost of medical care.

Although I am a strong supporter of what you call "the spectrum of services," as are exemplified in the primary health care proposals of the Fyke commission, and as you talk about in your report, you must face the fact that a very large part, if not the majority of the costs of health care, are generated by what doctors do. They are the engine that drives the machine.

The modern expansion of technology adds to that. Technology brought with it the desire to use it when it appeared that it would have a beneficial effect, but after a time we have found that technology did not always solve the problems. In the meantime, we have expended great amounts of money on technology.

I will give you a very simple example. When we introduced fetal monitoring into obstetrics, there was a huge increase in Caesarean sections. It went up as high as 20 to 30 per cent in some institutions. We did not really understand the technology. Now we have realized that we can appropriately use that technology better and Caesarean section rates have come down to closer to what they were before that new technology came in. It was thought to be an improvement but, in fact, it was detrimental to many women who had Caesarean sections they did not really

Enfin, à la page 5, nous recommandons au gouvernement fédéral de réinvestir le domaine du logement social. Personnellement, je pense que le retrait du gouvernement fédéral de ce secteur a été un désastre absolu. La plupart des provinces ont emboîté le pas. L'absence de participation fédérale et provinciale dans le domaine du logement social a entraîné des coûts importants.

Le Dr John Bury, témoignage à titre personnel: Honorables sénateurs, mon exposé sera sensiblement différent.

Le président: Selon notre expérience, il est toujours plus facile d'entendre les deux exposés pour ensuite poser des questions à tous les témoins.

Le Dr Bury: Depuis la commission royale de 1964, il y a eu de multiples enquêtes provinciales, sans parler de la présente enquête, des modifications apportées à la Loi canadienne sur la santé, et il y a aujourd'hui la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, présidée par M. Roy Romanow. Le problème, me semble-t-il, c'est que nous n'avons jamais mis la profession médicale au défi de réfléchir sérieusement à son comportement et à la façon dont elle prodigue des soins médicaux.

Nous avons discuté des preuves de pratiques médicales inappropriées, inutiles et inefficaces, et vous avez laissé entendre que même l'apport de correctifs ne suffirait pas à compenser le manque à gagner. Vous êtes donc à la recherche, comme vous le laissez entendre dans votre rapport, de nouvelles sources de financement. Ce faisant, vous confortez la population dans le point de vue véhiculé selon lequel la seule solution consiste à injecter davantage d'argent dans le système. En ces temps de récession économique où notre société fait face à des menaces extérieures, les gouvernements doivent consacrer les liquidités dont ils disposent à d'autres priorités. Il me semble que l'occasion est particulièrement bien choisie pour l'ensemble des professionnels de la santé d'examiner ce qu'ils font et l'incidence de leurs actions sur les coûts des soins de santé.

Bien que je sois un ardent partisan de ce que vous appelez un éventail de services, à l'exemple de ce qu'a proposé la commission Fyke et de ce que vous évoquez dans votre propre rapport, vous êtes confrontés au fait que la plupart des coûts de la santé sont imputables aux actions des médecins. Ce sont eux qui sont les moteurs de l'appareil.

L'expansion moderne de la technologie ajoute aux coûts. La technologie s'est accompagnée de la volonté de l'utiliser chaque fois qu'on a cru qu'elle pouvait avoir un effet bénéfique, mais, après un certain temps, on s'est rendu compte qu'elle ne réglait pas toujours les problèmes. Entre-temps, nous y avons consacré des sommes considérables.

Permettez-moi de vous donner un exemple. Lorsque, dans le domaine de l'obstétrique, nous avons introduit les moniteurs fœtaux, le nombre de césariennes a augmenté de façon considérable. Dans certains établissements, la hausse a atteint de 20 à 30 p. 100. Nous ne comprenions pas vraiment la technologie. Nous nous rendons aujourd'hui compte que nous pouvons mieux utiliser cette technologie, et le nombre de césariennes a diminué pour se rapprocher des niveaux d'avant l'avènement de la technologie. On croyait qu'il s'agissait d'une amélioration, mais,

need. That is a very simple example. Technology is a demanding mistress.

I believe it is now time for the serious consideration of this issue by the medical profession itself. I feel as if the captain of the ship, which commands this great ship of medical care, has been relegated to a small dinghy being towed, and looking resentfully at the stern of the good ship "Government Commission." I believe that has gone on and that we never got the profession to come on side. Now is the time to do that, because I believe there is enough goodwill and understanding in the profession, and a lot of work has already been done, to have an opportunity for physicians to ask: "Is what we do always appropriate? Can we do better? Are there some things we are not doing which we should be doing, and are there some things which we should be doing which we have stopped doing?" If the doctors are not part of the solution they will remain part of the problem.

That is all I have to say. If you would include that in your report and, then perhaps some other body, perhaps the Commission on the Future of Health Care in Canada could take it up.

Senator Morin: The work you have been doing is extremely interesting. The recognition of the work of your clinic has done travelled as far as Quebec City. I would parallel your work with what is being done by the CLSCs in Quebec. That is why we know so much about your work.

Your report is most interesting. It is clear: you make no compromise; and that is perfect.

My first question is: Is there a country which, in your mind, could serve, in part, as a model for Canada? You recommend a number of changes. I realize that no models can be totally similar, since there are differences, historical, cultural and so forth, but is there a country that you would think could serve as a model for Canada as we consider these changes?

My second question relates to recommending a universal, totally government-supported system. Some people might object to this and see dangers in it because it would be a monopoly. There are some disadvantages in having a monopoly. In Sweden, Britain, France and many other countries, there is a move to what they call an internal market in which they have competition between the various providers, with a single government payer. The advantage of that is that there is competition between various providers, which could be either all government providers or a mix of private and government. Would you have any objection to that?

On the subject of waiting lists, I am not in any way promoting the American system, but have you made a study of the waiting lists in the U.S.? I know the American public would not tolerate a

en réalité, la technologie a porté préjudice à de nombreuses femmes qui ont subi des césariennes dont elles n'avaient pas vraiment besoin. Il s'agit d'un exemple très simple. La technologie est une maîtresse exigeante.

Je pense qu'il est temps que la profession médicale elle-même se penche sérieusement sur cette question. J'ai parfois l'impression que le capitaine du navire, qui commande le paquebot des soins de santé, a été relégué sur un petit canot qu'on remorque, d'où il contemple avec rancœur la poupe du bateau «commission gouvernementale». C'est ce qui s'est passé, à mon avis, et jamais on n'a invité la profession à monter à bord. Le moment est venu de le faire parce que, me semble-t-il, il y a assez de bonne volonté et de compréhension au sein de la profession et que beaucoup de travail a déjà été accompli. On peut donc poser aux médecins les questions suivantes: «Ce que nous faisons est-il toujours approprié?» Pouvons-nous faire mieux? Y a-t-il des choses que nous ne faisons pas et que nous devrions faire? Y a-t-il des choses que nous avons cessé de faire et que nous devrions continuer de faire? Faute de faire partie de la solution, les médecins feront partie du problème.

Voilà tout ce que j'avais à dire. Si vous vouliez bien inclure mes commentaires dans votre rapport, peut-être un autre organisme, la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, par exemple, pourrait-il les reprendre à son compte.

Le sénateur Morin: Le travail que vous avez effectué est extrêmement intéressant. La réputation de votre clinique s'étend jusqu'à la ville de Québec. J'établirais un parallèle entre ce que vous faites et ce que font les CLSC du Québec. C'est pourquoi nous savons autant de choses à propos de vos activités.

Votre rapport est des plus intéressants. Il est clair. Vous ne faites pas de compromis, et c'est parfait.

Ma première question est la suivante: y a-t-il un pays qui, à votre avis, pourrait servir, du moins en partie, de modèle au Canada? Vous recommandez un certain nombre de modifications. Je me rends compte que deux modèles ne peuvent être absolument identiques, puisqu'il existe des différences, historiques, culturelles et autres, mais y a-t-il un pays qui, à votre avis, pourrait servir de modèle au Canada au moment où nous envisageons de telles modifications?

Ma deuxième question porte sur la recommandation d'un système universel entièrement financé par le gouvernement. Certaines personnes risquent de s'y opposer et de souligner les dangers de l'établissement d'un monopole. La présence d'un monopole n'est pas sans inconvénient. En Suède, en Grande-Bretagne, en France et dans de nombreux autres pays, on s'oriente vers ce qu'on appelle un marché interne, dans lequel divers fournisseurs se font concurrence, le gouvernement agissant à titre de payeur unique. L'avantage, c'est qu'il y a concurrence entre divers fournisseurs, lesquels peuvent être tous des fournisseurs gouvernementaux ou encore des fournisseurs privés mêlés à des fournisseurs gouvernementaux. Vous opposeriez-vous à une telle forme de fonctionnement?

En ce qui concerne les listes d'attente, je ne fais nullement la promotion du système américain, mais avez-vous étudié le phénomène des listes d'attente aux États-Unis? Je sais que les

24-hour wait in any system. It is not strictly a matter of organization, I believe it is also a matter of resources. That is my point.

Are your clinics set up with a capitation system? Are you responsible for a given community with a gate-keeping system? I believe the basis of a primary care team and program has to deal with capitation, a given community or number, and responsibility for the total service. Are you functioning in that way? From what I hear that is not the case.

Of course, you are aware of the HMO backlash in the U.S. where all the physicians were salaried. There is evidence of under-usage. The Bill of Rights, which is now before Congress and has been approved, addresses the under-usage of services in HMOs, where the physicians are salaried, and where they, for various reasons, did not propose the list of services that were to be available to patients. There is a distinct problem there.

Finally, I would like to address the Aboriginal health problem. I am very much aware of the fact that this is a national disgrace, and I know this province deals with the problem more than any other. One of your recommendations is that we should ensure Aboriginal health. The federal government is spending \$7.3 billion a year on Aboriginal health, plus what the provinces are paying. That means that Aboriginals are receiving by far the highest per capita health funding in Canada, and probably in the world. I do not think the problem lies in inadequate resources; in fact, there may be too many resources. I will not get into that. Have you any solutions to this problem?

As a last quick question: In 1983 the differential was 17 per cent between fee-for-service physicians and salaried physicians. What is the difference now? You said that the differential was going down.

Ms Storrie: As to your first question, I must point out that I am not a health specialist. I am a volunteer on a community board; I am a sociologist; and I have studied the health system when I was teaching, and I continue to study it. I think the senators here probably know more about the international situation than I do.

I do not know of any country that I would say is a model. I understand that New Zealand had a very efficient, well-run health system, which was publicly funded. Then they made a severe, 180-degree turn and went into a highly privatized model and there were all kinds of consequences, not only in terms of health but also in terms of the other social aspects of their society.

Frankly, I think that Canada has been doing extremely well, compared to most other nations, in addressing our problems. I think our problems are largely systemic, and that they relate to the kinds of issues Dr. Bury has addressed.

citoyens américains ne toléreraient pas d'avoir à attendre 24 heures dans quelque système que ce soit. Ce n'est pas une simple question d'organisation. Je pense que c'est aussi une question de ressources. Voilà ce que je voulais dire.

Y a-t-il, dans vos cliniques, un système de capitation? Êtes-vous responsable d'une collectivité donnée? Y a-t-il un système de contrôle? À ma connaissance, l'équipe et le programme de soins primaires doivent passer par la capitation, une collectivité ou un nombre de citoyens donnés et la responsabilité des services totaux. Est-ce ainsi que vous fonctionnez? D'après ce que j'ai entendu, ce ne serait pas le cas.

Bien entendu, vous avez entendu parler du contrecoup essuyé par les OSSI des États-Unis, où tous les médecins étaient salariés. On a là des preuves de sous-utilisation. La charte des droits, qui est à l'étude devant le Congrès américain et a été approuvée, aborde le problème de la sous-utilisation des services offerts par les OSSI, où les médecins sont salariés et où, pour diverses raisons, on n'a pas proposé la liste de services offerts aux patients. Il y a là un problème distinct.

Enfin, j'aimerais aborder le problème de la santé des Autochtones. Je suis tout à fait conscient du fait qu'il s'agit d'une honte nationale, et je sais que la province dans laquelle nous nous trouvons fait plus que toute autre pour y faire face. L'une de nos recommandations est que nous devrions veiller à la santé des Autochtones. Le gouvernement fédéral consacre 7,3 milliards de dollars par année à la santé des Autochtones, sans compter ce que versent les provinces. Cela signifie donc que ce sont les Autochtones qui, par habitant, reçoivent le plus d'argent pour la santé au Canada et, probablement, dans le monde. Je ne pense pas que le problème soit imputable à des ressources insuffisantes; en fait, il y a peut-être trop de ressources. Je ne vais pas entrer dans ces considérations. Avez-vous des solutions au problème?

Une dernière brève question: en 1983, la différence entre les médecins rémunérés à l'acte et les médecins salariés était de 17 p. 100. À combien se chiffre aujourd'hui cet écart? Vous avez dit qu'il s'amenuisait.

Mme Storrie: Pour répondre à votre première question, je dois souligner que je ne suis pas une spécialiste de la santé. Je suis une bénévole qui siège à un conseil d'administration communautaire. Je suis sociologue de formation, et j'ai étudié le système de santé à l'époque où j'enseignais, et je continue de m'y intéresser. Je pense que les sénateurs connaissent probablement mieux que moi la situation internationale.

Je ne connais pas d'autre pays qui pourrait servir de modèle. Je crois comprendre que la Nouvelle-Zélande avait un système de santé efficient et très bien administré, que finançait le secteur public. Puis, on a fait un virage spectaculaire à 180 degrés, et le pays a adopté un modèle hautement privatisé, ce qui a entraîné toutes sortes de conséquences, non seulement du point de vue de la santé, mais aussi des autres aspects sociaux.

Franchement, je pense que le Canada s'est extrêmement bien tiré d'affaire par rapport à la plupart des pays confrontés au même genre de problèmes. Je pense que nos problèmes sont pour une large part systémiques, et je pense qu'ils ont trait au genre de problèmes soulevés par le Dr. Bury.

On the issue of monopoly versus competition, it is my understanding that there have been some pretty severe negative consequences of competition between hospitals. For example, in Britain hospitals are spending huge amounts of money on the latest technology because the hospital down the road has done that. Hospitals, and I suppose other health units as well, end up being generators of funds rather than the users of funds. That is a private enterprise model that simply does not fit health which, in my view, should be publicly funded. It should not be treated as a commodity.

On the subject of waiting lists, I do know something about some of the work that has been done in the United States. I am sure some of that information will be available to you. They made a major effort to change the whole way in which waiting lists were managed. They introduced a lot more coordination and cooperation, and the waiting lists improved immensely. That was particularly so as it related to those programs in the United States that are non-profit.

I am afraid I cannot comment on that question of salaried physicians under-using the system. I am sure Dr. Bury could speak to this. I would have thought that, if that is the case, then it is very much a matter of peer pressure, peer education, protocols and so on being put into place.

The great thing about a salary, as far as I am concerned as the vice-president of this clinic, is that it would simply take the pressure off doctors to generate all kinds of tests and services, and to have patients return for follow-up visits. Our doctors do not do that. If a problem is indicated as a result of a test, the doctor will phone the patient. If there is no problem then they do not phone. That, as far as most of the patients are concerned, is acceptable. Perhaps Ingrid will want to comment on this. Is that acceptable?

Ms Ingrid Larson, Member Relations Director, Community Health Services (Saskatoon) Association: Yes.

Ms Storrie: That is the clear understanding. Of course, it does mean that when you get a phone call from your doctor, then that is something to be concerned about. On the other hand, it is an enormous saving of time and effort.

I am aware of the huge expenditure for Aboriginal people. It simply speaks to me, though, of the fundamental problems which, of course, you know all about. It is a matter of social determinants. The levels of poverty, of community disorganization, addictions and so forth, are at the root of the difficulties of Aboriginal people.

I do think the notion of a collectivity, of a cooperative on the reserves and in the urban areas where Aboriginal people predominate, would be one way of helping Aboriginal people. You can, then, involve them in the decision making, and in education programs and so forth.

Perhaps Ingrid would like to say more about that.

En ce qui concerne la question du monopole par rapport à la concurrence, je crois comprendre que la concurrence entre hôpitaux a eu certaines conséquences plutôt négatives. Les hôpitaux de la Grande-Bretagne, à titre d'exemple, consacrent des sommes colossales aux plus récentes technologies simplement parce que l'hôpital voisin l'a fait. Les hôpitaux et d'autres services de santé, j'imagine, finissent par être des générateurs de fonds plutôt que des utilisateurs de fonds. Il s'agit d'un modèle d'entreprise privée non applicable au secteur de la santé qui, à mon avis, devrait être financé par l'État. On ne devrait pas traiter la santé comme un produit.

En ce qui concerne les listes d'attente, j'ai une idée de certaines des mesures qui ont été prises aux États-Unis. Je suis certaine que vous avez accès à ces renseignements. Ils ont consenti des efforts majeurs à la modification de la méthode d'administration des listes d'attente. Ils ont adopté une approche davantage axée sur la coordination et la coopération, et les listes d'attente se sont considérablement raccourcies, particulièrement celles qui, aux États-Unis, ont trait aux programmes sans but lucratif.

J'ai bien peur de n'avoir rien à dire au sujet des médecins salariés sous-utilisant le système. Je suis certaine que le Dr Bury pourra en dire un mot. Si tel est le cas, je pense qu'il s'agit pour une bonne part d'un problème de pression exercée par les pairs, d'éducation des pairs, de protocoles et d'autres paramètres mis en place.

À titre de vice-présidente de la clinique, ce qui me plaît, dans le salariat, c'est que les médecins ne seraient plus incités à générer toutes sortes de tests et de services ni à suggérer des visites de suivi à leurs patients. Nos médecins ne le font pas. Il suffit que le résultat d'un test dénote la présence d'un problème, et le médecin communiquera avec le patient par téléphone. S'il n'y a pas de problème, il ne téléphone pas. Pour la plupart des patients, cette façon de faire est acceptable. Peut-être Ingrid pourrait-elle ajouter quelque chose à ce sujet. Est-ce acceptable?

Mme Ingrid Larson, directrice des relations avec les membres, Association des services des soins de santé communautaires (Saskatoon): Oui.

Mme Storrie: La situation est très nette. Quand vous recevez un coup de fil de votre médecin, cela veut naturellement dire qu'il y a lieu de s'inquiéter. Par ailleurs, les économies de temps et d'efforts sont énormes.

Je suis au fait des dépenses colossales qu'on consacre aux peuples autochtones. Je songe simplement, cependant, aux problèmes fondamentaux que, bien entendu, vous connaissez tous très bien. C'est une question de déterminants sociaux. Le niveau de pauvreté, de désorganisation communautaire, les toxicomanies et ainsi de suite sont à l'origine des difficultés des Autochtones.

Je pense que la mise en valeur de l'idée d'une communauté ou d'une coopérative dans les réserves et les centres urbains où les Autochtones sont majoritaires constituerait un moyen de venir en aide aux Autochtones. On peut alors les associer à la prise de décisions, aux programmes d'éducation, et ainsi de suite.

Peut-être Ingrid pourrait-elle ajouter quelque chose à ce sujet.

Senator Morin: You did not answer the capitation question.

Ms Storrie: Sorry, I missed that. Our doctors are on salary and we are not funded on a geographic basis. We simply treat whoever wants to come to our clinic. Therefore, our patients are spread all over the city.

Do you want to say something more about the west side clinic at all?

Ms Larson: In terms of our experience at the west side clinic where we primarily see an urban Aboriginal clientele, the issues we deal with are social determinants of health issues. There, our nurses do community outreach and community development work. They are very well aware that the issues facing that community are far more than physical health issues. We then work on issues related to housing, nutrition, and all the related issues that have a substantial impact on people's well-being. It is not just about health when it comes to serving that population group. It involves some very complex issues, all of which have to be addressed.

Ms Storrie: I agree with the nurses that they are absolutely essential, in fact, critical. They can do so much very good work in this multi-disciplinary kind of way.

As an ex-social worker I perhaps a bias in that I think social workers are a fairly unsung group in the medical area. I trained as a medical social worker at the University of London before I became a sociologist. Social workers do an enormous amount of invisible, preventive, constructive work. As a medical social worker I know I made an enormous difference. I was able to put patients in touch with all the community resources that would help them to develop a real plan to deal with their issues. That applies particularly in the area of palliative care. Very often the social worker is the person holding the situation together.

Dr. Bury: May I say something about HMOs?

The Chairman: Yes.

Dr. Bury: Some physicians from America have talked to us about problems with HMOs. If an HMO is dependant on an insurance company, and that insurance company to make a profit for its shareholders, there is an inherent pressure to reduce services. That seems to be one of the most determinant reasons that that has occurred.

Senator Morin: If I might interrupt. Let us talk about the largest one, Kaiser Permanente, for example, which is not for profit. The profit element does not enter into it.

Dr. Bury: Are you asking: Has that affected them?

Le sénateur Morin: Vous n'avez pas répondu à la question de la capitation.

Mme Storrie: Pardonnez-moi, elle m'avait échappé. Nos médecins sont salariés et ne sont pas rémunérés en fonction d'un territoire géographique. Nous traitons simplement toutes les personnes qui se présentent à notre clinique. Nos patients sont donc répartis sur l'ensemble de la ville.

Voulez-vous ajouter quelque chose à propos de l'aspect de la West Side Clinic?

Mme Larson: En ce qui concerne la West Side Clinic, nous avons principalement affaire à une clientèle d'Autochtones vivant en milieu urbain, et les problèmes auxquels nous faisons face sont des déterminants sociaux de la santé. Là, nos infirmières effectuent du travail d'approche et de développement communautaires. Elles savent très bien que les problèmes auxquels la communauté fait face ne se résument pas qu'à des problèmes de santé physique. Nous nous intéressons alors aux questions touchant le logement, la nutrition et tous les enjeux connexes qui ont un impact considérable sur le mieux-être des gens. Le moment venu d'assurer des services à ce segment de la population, on doit aller au-delà de la santé. On aura affaire à certains problèmes très complexes, qui doivent tous être abordés.

Mme Storrie: Je suis d'accord avec les infirmières pour dire qu'elles jouent un rôle absolument essentiel et, en réalité, critique. Elles doivent effectuer du très bon travail dans un tel cadre multidisciplinaire.

À titre d'ex-travailleuse sociale, j'ai peut-être un préjugé qui me fait croire que les travailleurs sociaux représentent un groupe dont, dans le domaine médical, on méconnaît justement l'apport. Avant de devenir sociologue, j'ai reçu une formation de travailleuse sociale hospitalière à l'Université de Londres. Les travailleurs sociaux effectuent une quantité énorme de tâches invisibles, préventives et constructives. À titre de travailleuse sociale hospitalière, je sais que j'ai apporté une formidable contribution. J'ai mis des patients en relation avec toutes les ressources communautaires capables de les aider à mettre au point un véritable plan pour faire face à leurs problèmes. C'est particulièrement le cas dans le domaine des soins palliatifs. Très souvent, le travailleur social est la personne qui a la situation bien en main.

Le Dr Bury: Puis-je dire quelque chose au sujet des OSSI?

Le président: Oui.

Le Dr Bury: Certains médecins des États-Unis ont discuté avec nous des problèmes des OSSI. Si une OSSI dépend d'une compagnie d'assurance et que cette dernière souhaite réaliser un profit pour ses actionnaires, des pressions inhérentes s'exercent pour que les services soient réduits. Il semble bien qu'il s'agisse de l'une des raisons les plus déterminantes des problèmes qu'on a éprouvés.

Le sénateur Morin: Je me permets de vous interrompre. Prenons l'exemple de la plus importante, à savoir Kaiser Permanente, qui est sans but lucratif. L'élément relatif au profit n'entre pas en ligne de compte.

Le Dr Bury: Vous vous demandez si l'organisation a été touchée par ce problème?

Senator Morin: Yes. Whether there is the under-use of service is a subjective decision. I think there may be an anti-HMO backlash. An American witness told us that the HMO system is going down, that it is now not the preferential provider system. The reason the HMO system, both for-profit and not-for-profit, is being discarded in the U.S. is that there is a sense, by the patients, of under-use of services under that system. That is the main reason for all this legislation and regulation. I realize that American patients are not Canadian patients. I realise it is a different population. This is the main reason why you have all this legislation and regulation. I am just raising this as a possibility.

Of course there is a problem with over-use on the basis of fee-for-service, but you must realize that there is the possibility of under-use under a salaried system. I am not saying it is the case in your clinic. I am merely raising this as an alternative.

Dr. Bury: I had a small private practice in England. Those patients got treated much less well than my ordinary patients because I felt guilty about charging another guinea if I made another house call. I have worked on capitation; and I have worked on a salary. There is no perfect system. We do not put capitation fees on doctors, nurses and many professionals. We do not pay fireman for the number of fires they put out. Of course, there are always lazy people in any system. I do not believe that doctors are any different from the rest of society. I think they will do an honest job for an honest day's pay, if they are given the opportunity.

However, inherent in the fee-for-item-of-service system, to make your money you have to do something. That has certainly led to certain abuses. There is nothing perfect about it.

Senator Morin: I fully agree with that, Dr. Bury.

Senator Keon: Ms Storrie, I noticed in your brief when you address population health you emphasize three key areas: health protection, prevention and wellness. Since the Lalonde report came out, I have held the view that the secret to the provision of optimal health for Canadians, as well as optimal health care, lies in continuous monitoring of population health with appropriate feedback and mechanisms to deal with the problems in the area of population health.

There is, however, a fourth undertaking in population health, and that is the elimination of disease entities that are interfering with population health, that can be targeted and dealt with on an effective basis. We have a history in Canada, for example, of

Le sénateur Morin: Oui. La question de savoir s'il y a sous-utilisation des services repose sur une appréciation subjective. Je pense qu'il y a peut-être un ressac anti-OSSI. Un témoin américain nous a affirmé que le réseau des OSSI était en voie d'effondrement, qu'il ne constituait pas le réseau préférentiel de fournisseurs. Si, aux États-Unis, on met de côté le réseau des OSSI, qu'il s'agisse d'organisation à but lucratif ou sans but lucratif, c'est que les patients ont le sentiment qu'il y a sous-utilisation des services offerts par ce réseau. C'est la principale raison qui explique l'adoption de toutes ces dispositions législatives et réglementaires. Je me rends bien compte du fait que les patients américains ne sont pas des patients canadiens. Je me rends compte qu'on a affaire à une population différente. C'est la principale raison qui explique l'adoption de toutes ces dispositions législatives et réglementaires. Je voulais simplement soulever cette possibilité.

Bien entendu, la sous-utilisation pose un problème du point de vue de la rémunération à l'acte, mais on doit comprendre que la possibilité de sous-utilisation existe également en vertu du régime de salariat. Je ne dis pas que c'est le cas dans votre clinique. Je me contente simplement de mentionner qu'il s'agit là d'une solution de rechange.

Le Dr Bury: J'ai eu une petite pratique privée en Angleterre. Les patients de ces organisations étaient nettement moins bien traités que mes patients ordinaires parce que je me sentais coupable à l'idée de facturer un sou de plus si je devais faire une autre visite à domicile. J'ai travaillé sous le régime de la capitation, et j'ai travaillé à salaire. Il n'y a pas de système parfait. Nous n'appliquons pas d'honoraires fixés par tête aux médecins, aux infirmières et à de nombreux professionnels. Nous ne rémunérons pas les pompiers en fonction du nombre d'incendies qu'ils éteignent. Bien entendu, il y a toujours des paresseux dans tout système. Je ne crois pas que les médecins soient différents du reste de la société. Je pense qu'ils font un travail honnête en contrepartie d'un salaire honnête, à condition qu'on leur en donne la possibilité.

En vertu du système de rémunération à l'acte, on doit toutefois faire quelque chose pour toucher de l'argent. Il en a certes résulté certains abus. Le système n'a rien de parfait.

Le sénateur Morin: Je suis entièrement d'accord avec vous sur ce point, docteur Bury.

Le sénateur Keon: Mme Storrie, j'ai remarqué que, dans votre mémoire, vous vous intéressez, relativement à la santé de la population, à trois domaines principaux: la protection de la santé, la prévention et le mieux-être. Depuis le dépôt du rapport Lalonde, je suis convaincu que le secret de la santé optimale des Canadiens de même que celui de la prestation de soins de santé optimaux à ces derniers repose sur la surveillance continue de la santé de la population, une rétroaction et des mécanismes adéquats qui permettent de régler les problèmes qui se posent à cet égard.

En ce qui concerne la santé de la population, il y a toutefois un quatrième élément, et c'est l'élimination des maladies qui nuisent à la santé de la population, qu'on peut cibler et traiter de façon efficace. Au Canada, c'est ce que nous avons fait dans le domaine

doing that with tuberculosis. I admit we got lucky and found a couple of good antibiotics along the way, but the way we built the sanatoria and so forth was also very effective. I think the way we have dealt with AIDS has been very effective also.

Would you comment on that? I think there is a missing link. Whatever entity looks at it, whether it be regional, provincial, national or, indeed, a community health unit, they must look at the areas that are interfering with the health of the population and correct those. I fully endorse the three things you suggest, but the fourth one is missing.

There is another missing link, and that is home care. I think that the main failing in our system, is the gaps in our system. It does not matter whether care it is organized regionally or provincially. While your community clinic is truly commendable and has done wonderful work, I believe the missing link is that home care is not integrated into your clinic.

Would you comment on that?

Dr. Bury, I am looking forward to an interesting discussion with you a bit later.

Ms Storr: In terms of the focus on specific diseases, I would have categorized that as coming under health protection because the first thing to do is to seek to prevent people from contracting a disease in the first place. I agree with you. Perhaps there should be a specific focus on that.

I am not an expert in population health. I know there are some very active units at the University of Saskatchewan deal with that, and it would have been interesting to have heard them on this particular point. I am old enough now to remember TB. I was a medical social worker in London, Ontario. When I arrived there I was all peachy-keen, like a new broom, and I was appalled to find there was no social housing in London, Ontario. The assumption was it was not needed; while it really was needed. As a group of social workers, one of the major arguments we made for subsidized housing was the fact that TB was still around. The whole question of social housing and other ways in which we support the health of the people involves a major strategy.

We could draw upon the expertise of volunteer groups such as the Arthritis Society and the Lung Association when addressing how these particular diseases should be handled. Maybe that is area needs more attention.

Moving on to the issue of home care, I would point out that our administrator, Patrick LaPointe, was one of the founding members of home care in the province. As I remember it, a volunteer group,

de la tuberculose, par exemple. J'admets que nous avons eu de la chance et découvert deux ou trois antibiotiques valables en cours de route, mais l'infrastructure sanitaire et les autres mesures que nous avons prises se sont révélées des plus efficaces. Je pense que nous nous sommes également attaqués de façon très efficace au problème du sida.

Avez-vous des commentaires à ce sujet? Je pense qu'il y a un chaînon manquant. Quelle que soit l'entité qui s'occupe de cette question, qu'il s'agisse d'un organisme régional, provincial, national ou même d'un service de santé communautaire, on doit se pencher sur les problèmes qui nuisent à la santé de la population et y remédier. Je suis tout à fait d'accord avec les trois propositions que vous faites, mais le quatrième élément manque à l'appel.

Il y a un autre chaînon manquant, et ce sont les soins à domicile. Je pense que le principal échec de notre système s'explique par les lacunes qu'on y retrouve. Que les soins soient organisés au niveau régional ou provincial ne change rien à l'affaire. Si votre clinique communautaire est tout à fait louable et a effectué un travail remarquable, je pense que les soins à domicile qui ne sont pas offerts par votre clinique constituent le chaînon manquant.

Vous avez des commentaires à ce sujet?

Docteur Bury, nous aurons sous peu une discussion intéressante que j'attends avec impatience.

Mme Storr: En ce qui concerne les maladies précises, je pense qu'on a affaire à un enjeu lié à la protection de la santé puisque la première étape à franchir consiste à éviter que les citoyens ne contractent la maladie. Je suis d'accord avec vous. Peut-être devrait-on mettre un accent plus précis sur cette question.

Je ne suis pas une spécialiste de la santé de la population. Je sais que l'Université de la Saskatchewan compte quelques unités très actives dans ce domaine, et il aurait été intéressant que vous les entendiez sur ce point particulier. Je suis assez âgée pour me rappeler la tuberculose. Je travaillais comme travailleuse sociale hospitalière à London, en Ontario. À mon arrivée là-bas, j'avais été, dans ma naïveté, consternée de me rendre compte qu'il n'y avait pas de logement social à London, en Ontario. S'il en était ainsi, c'est parce qu'on a le sentiment qu'il n'y avait pas de besoin en ce sens; en réalité, le besoin existait bel et bien. L'un des principaux arguments que nous avons invoqués, en tant que groupe de travailleurs sociaux, pour justifier le logement social, c'était le fait que la tuberculose était toujours présente. Toute la question du logement social et des autres mesures que nous pouvons prendre pour favoriser la santé des citoyens suppose une stratégie majeure.

Nous pouvons nous inspirer de l'expertise de groupes de bénévoles comme la Société d'arthrite et l'Association pulmonaire le moment venu d'établir comment faire face à ces maladies particulières. C'est peut-être un secteur auquel nous devrions accorder plus d'importance.

En ce qui concerne les soins à domicile, je me permets de souligner que notre administrateur, Patrick LaPointe, a été l'un des membres fondateurs des soins à domicile dans la province. Si je

a non-government organization started pointing out the need for home care.

This matter has been in the hands of the provincial government and also, of course, the district health officers. We work with them. However, as far as I know, it is not a service that we could have undertaken. We work on a global budget and we have to negotiate with the Department of Health about what we do and what we do not do.

I agree with you, that the gaps or the lack of integration in home care is a very serious matter. That is an area into which we need to put more resources.

John, do you have any comments about what I have said?

Dr. Bury: Both Regina and Saskatoon had some home care services in the 1960s. It was a mental health home care service in Saskatoon. In Regina it was a general nursing service run by the Victorian Order of Nurses on contract to the provincial government. It was never taken into our field, partly because it had started and from that date forward it was seen, in this province, as being part of the health system that should be dealt with in the future and it now is, in fact, a responsibility. As you know, in this particular health district quite a considerable of money has been transferred and they have saved on bed days to home care. We do have a service here. It is not as good as it should be, but it is here, and it is run by the district health system.

We never felt it was our responsibility to do that, although a lot of doctors used to do home care. Nurses used to visit, and other health workers or technicians would go to homes and take samples. That happens right up to this moment. However, we have never actually provided home care services, domestic services, and so on.

Senator Keon: It seems to me that one of the major problems has been confusion between integration and ownership. Integration is not ownership. Integration is cooperation. To many people, integration has meant ownership. When we discuss with you the gaps and the fact that you are not addressing home care, the connotation should not be that this is your responsibility. Your responsibility is to work with home care, whoever is providing it, so that, between you, you provide the population health that is necessary to impact on the health of the population you serve.

me souviens bien, un groupe de bénévoles, une organisation non gouvernementale, a commencé à souligner le besoin de soins à domicile.

Cette question relève du gouvernement provincial et, bien entendu, des agents de santé du district. Nous travaillons avec eux. À ma connaissance, il ne s'agit toutefois pas d'un service que nous aurions pu commencer à offrir. Nous offrons nos services sur la foi d'une enveloppe budgétaire globale, et nous devons négocier avec le ministère de la Santé ce que nous faisons et ne faisons pas.

Je suis d'accord avec vous pour dire que les lacunes dans les soins à domicile ou l'absence d'intégration de ces derniers constitue un grave problème. C'est un domaine dans lequel nous devons investir plus de ressources.

John, vous aviez des commentaires sur ce que j'ai dit?

Le Dr Bury: Dans les années 60, on offrait à Regina et à Saskatoon certains services de soins à domicile. À Saskatoon, il y avait un service de soins de santé mentale à domicile. À Regina, c'était des services infirmiers généraux offerts par les Infirmières de l'Ordre de Victoria sur la foi d'un contrat conclu avec le gouvernement provincial. Nous ne nous sommes jamais occupés de cette question, en partie parce que les services avaient déjà été mis sur pied. À partir de cette date on a considéré, dans la province, qu'il s'agissait d'un aspect du système de santé dont on allait s'occuper plus tard et qui constitue aujourd'hui, de fait, une responsabilité. Comme vous le savez, on a, dans ce district de santé particulier, transféré des fonds considérables, et on a, grâce aux soins à domicile, réalisé des économies au titre des jours-lits. On offre ici des services. Ils ne sont pas aussi bons qu'ils devraient l'être, mais ils existent, et ils sont offerts par le système de santé du district.

Nous n'avons jamais senti que la responsabilité de tels services nous incombait, même si un grand nombre de médecins offraient des soins à domicile. Les infirmières se rendaient à domicile, au même titre que des professionnels ou des techniciens de la santé qui se rendaient dans les foyers pour prélever des échantillons. On continue de le faire encore aujourd'hui. Cependant, nous n'avons jamais véritablement offert de services à domicile, de services ménagers, et ainsi de suite.

Le sénateur Keon: Il me semble que la confusion entre intégration et propriété constitue l'un des importants problèmes auxquels nous faisons face. L'intégration n'est pas synonyme de propriété. L'intégration est synonyme de coopération. Pour de nombreuses personnes, intégration rime avec propriété. Lorsque nous discutons avec vous des lacunes et du fait que vous n'offrez pas de soins à domicile, vous ne devriez pas tout de suite comprendre que c'est à vous qu'il incombe d'offrir de tels services. Ce que vous devez faire, c'est collaborer avec les responsables des soins à domicile, qui qu'ils soient, de façon que, ensemble, vous puissiez fournir les services de santé nécessaires pour avoir un effet sur la santé de la population dont vous vous occupez.

Ms Storrie: My understanding is exactly that. Our doctors take responsibility for their patients when they need home care. That also applies to social workers and others.

Ms Larson: Other professionals such as occupational therapists will also get involved in what we call the coordinated assessment unit, which is the unit in the Saskatoon district that deals with home care.

All of our health care workers either advocate for home care or help in the placement of people into the home care system.

Senator Keon: Dr. Bury, let us talk about the medical profession. I am very proud of my profession, and have had a wonderful career as a doctor. I just hung that hat up a couple of weeks ago, and I am now an administrator and a senator.

I have felt very badly that our profession has not made the contribution it is capable of making. I have served on virtually every arm of our profession along the way, including the Medical Research Council, the Royal College of Physicians and Surgeons and provincial associations.

I do not know why physicians have been reluctant to come forward and pontificate on the overall problem of the health of our nation, of our province, of our community. Why do you think that is so?

Dr. Bury: I do not really know.

I will give you a bit of English history about family practice which goes back to the 1950s, 1960s and 1970s. At the beginning of the health service there was a feeling that doctors were getting paid too much, yet they were always asking for more money. Then the British Medical Association started talking about the responsibility of providing good care, and became public advocates for good medical care and a good health service. Suddenly, the attitude changed. It can be done. It switched. I am not quite sure why, but Britain certainly hung back until it realized that they did have a responsibility to help design a National Health Service.

Currently, the perception in the community in Canada is that doctors get too much money, and so on and so forth. However, I think the relationship between doctors and patients is still very good in spite of the fact that there is all this awful hawking your patients around to the cheapest hospital to get more money for your own practice so you can buy something else. I find it a rather awful situation.

I do not know, Dr. Keon, why we have not been involved. I have never been part of "the profession" and I tend to be, as a professional, on the outside. We had a rather stormy relationship with "the profession" at the community clinic. One of the reasons for that was that we were the first group practice in Saskatoon. We actually had physicians, specialists and general practitioners, working together. They held that against us. Of course, we were in

Mme Storrie: C'est exactement ce que je comprends. Nos médecins assument la responsabilité de leurs patients qui ont besoin de soins à domicile. Il en va de même pour les travailleurs sociaux et d'autres professionnels.

Mme Larson: D'autres professionnels, par exemple les ergothérapeutes, participeront au travail de ce que nous appelons le service d'évaluation coordonnée, soit le service, qui, dans le district de Saskatoon, s'occupe des soins à domicile.

Tous nos travailleurs de la santé ont pour tâche soit de défendre les soins à domicile, soit d'aider à trouver aux gens une place dans le système de soins à domicile.

Le sénateur Keon: Docteur Bury, parlons de la profession médicale. Je suis très fier de ma profession et j'ai eu une merveilleuse carrière comme médecin. Je viens d'accrocher mon stéthoscope il y a quelques semaines; aujourd'hui, je suis administrateur et sénateur.

Je suis très désolé du fait que notre profession n'ait pas apporté à la situation la contribution dont elle est capable. Durant ma carrière, j'ai fait partie de pratiquement tous les organes qui représentent notre profession, dont le Conseil de recherches médicales, le Collège royal des médecins et chirurgiens et des associations provinciales.

Je ne sais pas pourquoi les médecins hésitent à se lever et à pontifier sur le problème global de la santé de notre pays, de notre province, de notre collectivité. Quelle en est la raison, selon vous?

Le Dr Bury: Je ne sais vraiment pas.

Je vais vous parler un peu de la médecine de famille en Angleterre en remontant aux années 50, 60 et 70. Quand le Health Service en était à ses débuts, on avait l'impression que les médecins recevaient trop d'argent; néanmoins, ils en demandaient toujours plus. Puis, la British Medical Association a commencé à parler de la responsabilité de fournir de bons soins et est devenue le défenseur public de bons soins médicaux et d'un bon service de santé. Subitement, l'attitude des gens a changé. Cela peut se faire. On a renversé la vapeur. Je ne sais pas très bien pourquoi, mais la Grande-Bretagne s'est certes retenue, jusqu'au moment de réaliser qu'elle avait la responsabilité d'aider à concevoir un «service de santé nationale, ou «National Health Service».

À l'heure actuelle, les habitants du Canada ont l'impression que les médecins reçoivent trop d'argent et ainsi de suite. Tout de même, je crois que la relation entre les médecins et les malades demeure très bonne, même s'il faut s'adonner à cette pratique horrible qui consiste à faire du porte à porte d'hôpital en hôpital pour obtenir le service le plus économique possible pour son patient, afin de pouvoir acheter d'autres choses. C'est une situation assez déplorable.

Je ne saurais vous dire, Dr Keon, pourquoi nous n'avons pas agi. Je n'ai jamais fait partie de «la profession» et j'ai tendance, en tant que professionnel, à être situé en marge. Nous avons eu des rapports assez orageux avec «la profession» à la clinique communautaire. Une des raisons qui explique cela, c'est que nous avons été les premiers à exercer la médecine de groupe à Saskatoon. En fait: nous avions des médecins, des spécialistes, des

favour of medicare at the time other doctors were not. We were salaried employees. That idea of a primary health care system was resisted. I have always been looking at this from the outside.

I have been involved with doctors who have carefully tried to examine the system. When I was a doctor at the City Hospital I remember being involved in two studies. One I particularly remember was related to the fact that we had a lot of patients falling out of bed. An internist and myself were on the Quality Care Committee. We did a study which found that the patients who had taken lots of hypnotics fell out of bed, and those who had not taken them did not fall out of bed. After we published our findings it was no surprise that hypnotic prescriptions were limited and people stopped falling out of bed. Doctors can examine what they do and make changes.

I do know that visiting pharmacological professors go around to district medical societies, and we published bulletins of what seems to be the inappropriate use of certain medications. There was a response to that.

However, we have never collectively participated in this type of activity as professionals.

I think when doctors are faced with facts of this nature they will change.

I made this presentation because I thought we should ask the doctors to look at themselves. I think we should challenge them at this time. They are still looking out at what is happening. I know that they feel they are being manipulated by the commissions. They are manipulated by the administrators. We talked about this earlier today. *Voltaire's Bastards* is a reality in health care as it is everywhere else in society.

Senator Keon: Let me address another issue, although Senator Morin has already mentioned it. It seems we keep dealing with "either/or" when it comes dealing with physician remuneration. My own feeling is that we should be looking at a continuum of systems with alternate payment plans of various kinds that fit given situations and avoid the black-and-white statements such as, "Physicians should be salaried," or "Physicians should be fee-for-service," or whatever. What is your view of that?

Dr. Bury: I liked what you said before when you were talking to the nurses. You said that a salary fits the model for primary health centres much better than fee-for-item-of-service payments.

I think for specialist care, the fee-for-item-of-service might well still be appropriate under a much more watchful eye.

I believe, however, that we do need salaried chiefs of staff in our hospitals. When I worked in University Hospital, we had a very good chief of obstetrics who monitored what we did and kept

omnipraticiens qui travaillaient ensemble. Ils nous en ont voulu. Bien sûr, nous étions en faveur de l'assurance-maladie à une époque où d'autres médecins ne l'étaient pas. Nous étions des employés salariés. L'idée d'un système de soins de santé primaires s'est heurtée à une certaine résistance. J'ai toujours observé cela depuis la marge.

J'ai eu à faire avec des médecins qui ont essayé d'examiner rigoureusement le système. Je me souviens d'avoir participé à des études, à l'époque où j'étais médecin au City Hospital. Une étude dont je me souviens particulièrement se rapportait au fait qu'un grand nombre de nos patients tombaient en bas du lit. Nous siégeons, un spécialiste de la médecine interne et moi-même, au comité pour la qualité des soins. Nous avons effectué une étude qui nous a permis de constater que les malades qui prenaient beaucoup d'hypnotiques tombaient en bas du lit, ce qui n'était pas le cas des autres. Une fois nos conclusions publiées, il n'a pas été étonnant de voir que les prescriptions d'hypnotiques ont été limitées et que les gens ont cessé de tomber en bas du lit. Les médecins peuvent examiner ce qu'ils font et rectifier le tir.

Je sais que les professeurs invités spécialistes en pharmacologie visitent les sociétés médicales de district. Nous publions des bulletins pour décrier ce qui semble être une utilisation mal avisée de certains médicaments. Il y a eu une réaction à cela.

Toutefois, nous n'avons jamais participé collectivement à ce genre d'activités en tant que professionnels.

Je crois que lorsque les médecins seront renseignés sur les faits de cette nature, ils changeront.

J'ai préparé mon exposé parce que je croyais que nous devrions demander aux médecins de faire un examen de conscience. Je crois que le moment est bien choisi pour mettre les médecins au défi. Les médecins observent encore ce qui se passe. Je sais qu'ils ont l'impression d'être manipulés par les commissions. Ils sont manipulés par les administrateurs. Nous en avons parlé plus tôt aujourd'hui. *Les bâtards de Voltaire*, voilà une réalité qui s'applique aux soins de santé comme elle s'applique partout ailleurs en société.

Le sénateur Keon: Permettez-moi d'aborder une autre question, quoique le sénateur Morin en ait déjà parlé. Il me semble que ce soit toujours «tout l'un tout l'autre» quand vient le temps de discuter de la rémunération des médecins. Pour ma part, j'ai l'impression que nous devrions étudier un spectre de système qui comporterait divers régimes de rémunération convenant à des situations particulières et éviter les déclarations catégoriques du genre «les médecins devraient être salariés» «les médecins devraient être rémunérés à l'acte». Qu'en pensez-vous?

Le Dr Bury: J'ai bien aimé ce que vous avez dit tout à l'heure quand vous vous adressiez aux infirmières. Vous avez dit qu'un salaire convenait nettement mieux que le paiement à l'acte aux centres de soins primaires.

Je crois que, dans le cas des soins spécialisés, la rémunération à l'acte peut demeurer convenable, à condition qu'il y ait une surveillance nettement plus grande des activités.

Tout de même, j'estime qu'il nous faut des médecins chefs salariés dans nos hôpitaux. Quand j'ai travaillé à la University Hospital, nous avions un très bon chef d'obstétrique qui surveillait

our noses to the grindstone. That was a great experience. We had a very good pediatrician in City Hospital, an old, conventional pediatrician who watched what physicians did to their patients like a hawk. If he thought you were out of step he would tell you. If you felt you could justify doing something, then you would have an interesting clinical debate. I think those types of positions should be salaried.

Senator Pépin: The nurses told us that doctors are the "big bosses," and that they do not like to be challenged. They certainly do not consider themselves to be on the same footing with the nurses. Will they accept being put on salary and perhaps adopting a new role? Do you think that they will adapt to sharing responsibility, or do you think it will take a new generation of doctors?

Dr. Bury: I do not know anything about the Canadian system of medical education because I was educated in Britain. However, I did learn that the nurses were absolutely critical to my way of life as an intern or resident. If I did not get on with the sister on the ward, I was dead in the water.

Furthermore, when we did rounds with our chiefs, we always had the chief, the resident, the intern, sister, and a social worker. As medical students we were part of a team, and that is what the chiefs preferred. In fact, in the hospital I worked in, the only person who could discharge a patient was the intern. Lord Brain — I happened to be Russell Brain's intern — could not discharge his own patients because he was not there every day. We had a hierarchical system and in that hierarchical system we had a degree of cooperation, each person knowing his or her role.

Senator Pépin: I have to admit, I my training was based on the same approach. We always worked as a team with the doctor and the social worker, so I understand what you are describing.

Ms Storrie, one of your recommendations is to ensure that Aboriginal people have good health services. Senator Morin spoke about the amount of money that the provincial and federal governments are giving to them. Do you believe that we are taking the right approach? How come it is so difficult to have them involved even with all the money we put in? Should we change our approach?

Ms Storrie: I am not an expert in this area, but from observing as much as I have, from reading, and from talking to many Aboriginal women at the university, I have the impression that they hold many of the keys to the situation. Unfortunately, like it or not, some of the Aboriginal chiefs are patriarchal. That is not to condemn all Aboriginal men, that is just to say that some of them are patriarchal. Women have to struggle to get their point of view across. They are certainly very well aware of the needs of their communities and I think that support to Aboriginal women's groups is one way communities can go.

ce que nous faisons et qui ne nous laissait aucun répit. Cela a été une expérience merveilleuse. Nous avions un très bon pédiatre au City Hospital — un pédiatre de l'ancienne mouture qui surveillait comme un aigle ce que les médecins faisaient aux malades. S'il estimait que vos actes ne convenaient pas, il vous en faisait part. Si vous croyiez pouvoir les justifier, cela donnait lieu à un débat clinique intéressant. Je crois que les postes de ce genre devraient être salariés.

Le sénateur Pépin: Les infirmières nous ont dit que les médecins sont les grands patrons de l'affaire, qu'ils n'aiment pas qu'on les remette en question. Ils ne se considèrent certes pas comme étant sur le même pied que les infirmières. Vont-ils accepter d'être mis à salaire et peut-être d'adopter un rôle nouveau? Croyez-vous qu'ils vont s'adapter au partage de la responsabilité ou croyez-vous qu'il faudra attendre une nouvelle génération de médecins?

Le Dr Bury: Je ne sais rien du système canadien d'études en médecine, ayant été formé en Grande-Bretagne. Toutefois, à l'époque où j'étais interne ou résident, j'ai bien appris que les infirmières jouaient un rôle tout à fait capital dans la profession. Si ne m'accordais pas avec la soeur au pavillon, j'étais fait comme un rat.

Par ailleurs, quand nous faisons une tournée en compagnie de nos chefs, il y avait toujours le chef lui-même, le résident, l'interne, la soeur et le travailleur social. En tant qu'étudiants en médecine, nous faisons partie de l'équipe, et c'est ce que préféraient les chefs. De fait, à l'hôpital où je travaillais, la seule personne qui pouvait donner son congé à un malade, c'était l'interne. Lord Brain — je me trouvais être l'interne de Russell Brain — ne pouvait donner leur congé à ses propres malades parce qu'il n'était pas là tous les jours. Nous avions un système hiérarchique, et à l'intérieur de ce système hiérarchique, il y avait une certaine coopération, chacun étant conscient du rôle qu'il devait jouer.

Le sénateur Pépin: Je dois dire que ma formation à moi était modelée sur la même approche. Nous avons toujours travaillé en équipe avec le médecin et le travailleur social; je comprends donc ce que vous êtes en train de décrire.

Madame Storrie, une de vos recommandations consisterait à s'assurer que les Autochtones ont accès à de bons services de santé. Le sénateur Morin a parlé des sommes d'argent que les autorités provinciales et fédérales versent aux Autochtones. Croyez-vous que nous appliquons la bonne approche? Pourquoi est-il si difficile de les engager dans la démarche, malgré tout l'argent que nous investissons? Est-ce que nous devrions modifier notre approche?

Mme Storrie: Je ne suis pas spécialiste dans ce domaine, et ayant beaucoup observé la situation, ayant lu et ayant parlé à de nombreuses femmes autochtones à l'université, j'ai l'impression que les femmes autochtones détiennent un grand nombre de clés à cet égard. Malheureusement, que cela nous plaise ou non, certains chefs autochtones ont une attitude patriarcale. Je ne dis pas que tous les hommes autochtones sont comme cela, je dis seulement que certains d'entre eux ont une attitude patriarcale. Les femmes doivent se battre pour faire valoir leur point de vue. Elles sont certainement bien au fait des besoins de leur communauté, et je

As I said, at the west side clinic they certainly draw on the experience of, and there is some stature for, Aboriginal Elder women. That is where the west side clinic works well. That is one way to go.

Rather than adopting a community development model, I think we should adopt this collective kind of a model where there is integration in that you work with the people, you do not act as the superiors. You involve them in decision making and you listen to what they have to say.

A great deal of education has to be done, of course, with FAS and so on. It is really a scandal. The same thing with spina bifida. Spina bifida, I understand is 80 per cent preventable, but you have to get folic acid into those young women even before they get pregnant. That is the sort of very practical approach that I think the women could take hold of and run with if they were given the opportunity.

Senator Pépin: I agree. I know that when they have difficult situations to deal with they always share their emotions and feelings in healing groups. That is what is needed as a part of health care. We may even adopt the same system.

You mentioned a grandmothers' group. What is that?

Ms Larson: Kathy referred to the Aboriginal grandmothers' group. We also have programs directed to the more middle-class, seniors population in Saskatoon. However, our Aboriginal grandmothers' project is directed to Aboriginal elders.

Senator Morin: Ms Larson, I understand you are working with the Aboriginal population. If you have a few minutes and you could send us in writing a few recommendations, it would help us a lot. As I said earlier, this is a subject that we do not have a handle on. We want to hear from people like you who work in the field with these populations and who have concrete recommendations. We have heard from the official organizations and Health Canada and all these people, but we have not heard from people who are, on a daily basis, working with these people in the field.

Ms Larson: I would do it, though, in consultation with the health care workers who are working directly with them. We would be happy to do that.

Senator Morin: As long as they are not bureaucrats.

Ms Larson: No, they are doctors, nurses, nutritionists and social workers.

The Chairman: In other words, real people.

Ms Larson: We also have volunteer groups with whom we could consult.

crois que le soutien des groupes de femmes autochtones est l'une des voies que peuvent emprunter les collectivités.

Comme je l'ai dit, à la West Side Clinic, on profite certainement de l'expérience des femmes âgées autochtones et on leur accorde certainement une place de choix. C'est sous cet aspect que la West Side Clinic fonctionne bien. C'est une voie possible.

Plutôt que d'adopter un modèle de développement communautaire, je crois que nous devrions adopter ce genre de modèle collectif où il y a intégration, c'est-à-dire qu'il s'agit de travailler avec les gens et non pas d'agir à la manière d'un supérieur. Vous les faites participer aux décisions et vous écoutez ce qu'ils ont à dire.

Il y a beaucoup d'éducation à faire, bien sûr, en ce qui concerne le syndrome d'alcoolisme foetal et ainsi de suite. C'est un vrai scandale. La même chose vaut pour le spina bifida. Le spina bifida serait évitable dans 80 p. 100 des cas, mais il faut que ces jeunes femmes ingèrent de l'acide folique avant même de devenir enceintes. C'est le genre d'approche pratico-pratique que les femmes, il me semble, pourraient s'approprier si on leur en donnait l'occasion.

Le sénateur Pépin: Je suis d'accord avec vous. Je sais que lorsqu'elles vivent une situation difficile, elles font toujours part de leurs émotions et de leurs sentiments à l'intérieur d'un cercle de guérison. Cela doit faire partie des soins de santé. Nous pourrions même adopter ce système nous aussi.

Vous avez parlé d'un groupe de grands-mères. De quoi s'agit-il?

Mme Larson: Kathy a parlé du groupe des grands-mères autochtones. Nous avons également des programmes qui s'adressent aux personnes âgées qui se situent plutôt dans la classe moyenne, à Saskatoon. Toutefois, notre projet pour grands-mères autochtones s'adresse à des femmes âgées autochtones.

Le sénateur Morin: Madame Larson, comme vous travaillez auprès de la population autochtone, pourriez-vous prendre quelques minutes afin de mettre par écrit quelques recommandations à notre intention. Cela nous aiderait beaucoup. Comme je l'ai dit plus tôt, c'est un sujet que nous ne maîtrisons pas. Nous voulons entendre le point de vue de gens qui, comme vous, travaillent sur le terrain auprès des populations en question et ont des recommandations concrètes à formuler. Nous avons entendu le témoignage d'organisations officielles et de Santé Canada et de tous ces gens, mais nous n'avons pas entendu les gens qui, quotidiennement, travaillent auprès de ces gens sur le terrain.

Mme Larson: Je le ferai tout de même en consultant les travailleurs de la santé qui oeuvrent directement auprès d'eux. Je serai heureuse de le faire.

Le sénateur Morin: À condition que ce ne soit pas des bureaucrates.

Mme Larson: Non, ce sont des médecins, des infirmières, des nutritionnistes et des travailleurs sociaux.

Le président: Autrement dit, du vrai monde.

Mme Larson: Nous avons aussi des groupes de bénévoles que nous consulterions.

The Chairman: I intended to ask a similar question, so I will add slightly to that. You said something that intrigued me. You said that at the west side clinic you deal with social housing and a variety of other things. Are you saying that you deal not just with health, but that you also deal with the determinants of health?

Ms Larson: Absolutely.

The Chairman: How, from a federal policy standpoint, recognizing the obligation that the federal government has vis-à-vis Aboriginals, can we deal with Aboriginal housing needs?

Senator Morin has said a couple of times, as we say in the report, that the status of Aboriginal health is so shocking that, if most Canadians knew about it, they would be unbelievably embarrassed. Yet, at the same time, the federal Department of Indian Affairs and Northern Development, DIAND, tells us, with some considerable pride, that they have reached the point where 57 per cent of the housing on reserves is now standard. In other words, only 43 per cent is substandard. There is a reason to be proud, because it is an improvement, I guess. However, is it surprising that we have a health problem when 43 per cent of the housing is substandard?

You are the first person we have talked to who appears to be attempting to integrate those. Can you offer any practical, on-the-ground suggestions as to how we might do that? Forget about the fact that it would probably require some reorganization in Ottawa. We can tackle that problem. We need to know what the structure needs to look like to be able to do exactly what you do.

Perhaps you could think about that for the next month or so and send us as detailed a set of recommendations as you can. We would appreciate that.

Ms Larson: We would be very happy to do that.

The Chairman: May I thank all of you for coming. That was a very interesting discussion.

Senators, we have one last witness before lunch. Mr. Stephen Foley, President of the Health Care Council, Canadian Union of Public Employees, CUPE, in Saskatchewan.

As you are leaving, I just want to say that you are the first witnesses we have had who are genuinely looking at the broad issue as opposed to the health issue, the housing issue, or something else.

Ms. Larson: It is all integrated into our organization.

The Chairman: That is exactly why it is awesome.

Mr. Foley, we have your brief, as you know. We would like to focus most of our time on questions, so if you can touch on the highlights of your brief, we will turn to questions.

Le président: J'avais l'intention de poser une question semblable; je vais donc y ajouter un peu. Vous avez dit une chose qui m'a intrigué. Vous avez dit qu'à la West Side Clinic, vous vous occupez de logement social et toutes sortes d'autres choses. Dites-vous que vous vous occupez non pas seulement de la santé, mais aussi des déterminants de la santé?

Mme Larson: Tout à fait.

Le président: Du point de vue de la politique fédérale en la matière, étant donné l'obligation du gouvernement fédéral à l'égard des Autochtones, comment pouvons-nous composer avec les besoins des Autochtones en matière de logement?

Le sénateur Morin en a parlé à quelques reprises et, comme nous le disons dans le rapport, l'état de santé des Autochtones est un tel scandale que si les Canadiens en étaient conscients, la plupart seraient profondément gênés. Et en même temps, le ministère fédéral des Affaires indiennes et du Nord, le MAINC, nous dit, avec une fierté non négligeable qu'il en est rendu au point où 57 p. 100 des habitations sur les réserves sont conformes aux normes. Autrement dit, 43 p. 100 seulement sont en dessous des normes. Il y a de quoi être fier, j'imagine, puisque c'est une amélioration. Mais est-il étonnant d'apprendre qu'il y a un problème du point de vue de la santé là où 43 p. 100 des habitations sont en deçà des normes?

Vous êtes la première personne à qui nous en avons parlé et qui semble essayer d'intégrer tout cela. Pouvez-vous nous suggérer des façons concrètes et pratiques d'y arriver? Il ne faut pas oublier le fait que cela supposera probablement une certaine réorganisation à Ottawa. C'est un problème que nous pouvons affronter nous-mêmes. Il nous faut savoir à quoi la structure doit ressembler pour que nous puissions faire exactement ce que vous faites.

Vous pourriez y réfléchir pendant le mois qui s'amène, puis nous envoyer une liste des recommandations les plus précises que vous arrivez à formuler. Nous vous en saurions gré.

Mme Larson: Nous serions très heureux de le faire.

Le président: Permettez-moi de remercier tout le monde d'être venu. La discussion a été très intéressante.

Sénateurs, nous accueillons un dernier témoin avant le repas du midi. Il s'agit de M. Stephen Foley, président du Conseil de la santé, Syndicat de la fonction publique, SCFP, en Saskatchewan.

Comme vous partez, je tiens à vous dire que vous êtes les premiers témoins, parmi ceux que nous avons entendus, qui envisagent vraiment la question dans son ensemble, plutôt que seulement la question de la santé, la question du logement et tout le reste.

Mme Larson: C'est tout intégré à l'intérieur de notre organisation.

Le président: C'est tout à fait la raison pour laquelle nous en sommes ébahis.

Monsieur Foley, comme vous le savez, nous avons en main votre mémoire. Nous aimerions consacrer la plus grande part du temps que nous avons aux questions. Je vous demande donc de nous résumer les points importants de votre mémoire, puis nous passerons à la période de questions.

Mr. Stephen Foley, President, Health Care Council, Canadian Union of Public Employees (CUPE) Saskatchewan:

First, I would like to thank you for this opportunity to appear before you this morning. I will quickly introduce the people with me. The CUPE Health Care Council in Saskatchewan represents approximately 14,000 health care workers. With me is a national representative of CUPE, Mr. John Welden; and Mr. Tom Graham, President of the CUPE Saskatchewan Division which represents about 23,000 CUPE health care workers in the province.

To save time, we will make some short introductory remarks and then open the discussion for questions.

As you are probably aware, the Canadian Union of Public Employees, CUPE, is the largest health care union in Canada, with close to 480,000 members. In Saskatchewan, CUPE represents approximately 23,000 public sector workers. Of those 23,000 public sector workers 14,000 are frontline health care workers.

As frontline health care workers, we have a strong interest in the direction of our health care system. As you are probably aware our province has just recently completed a review of the health care system. That review was done by Kenneth Fyke. Our provincial health care council has spoken in favour of the general recommendations of the Fyke report, primarily because of its emphasis on the development of a primary health care model. We will talk a little bit more about that.

A national review of health care and the role the federal government plays, however, provides us with an ongoing chance or an opening to discuss health care issues on a much broader level. We believe that the federal government must have a strong role in the financing of various aspects of health care and in the protection of the system from increasing privatization.

In general, we support the five roles of the federal government identified by the Senate committee, and we would suggest two additional roles be added to those. One would be the enforcement of the Canada Health Act; and the other would be to act as a protector of public health care from the international trade agreements.

Provincial governments can be innovators, as was the case with Saskatchewan being the birthplace of medicare. Similarly, provincial governments directions can undermine our national health care system, as Alberta has done, in our minds, with the introduction of legislation that encourages private clinics.

The federal government's role as an enforcer of the five principles of the Canada Health Act is critical in light of certain provinces' ideological promotion of privatization.

Furthermore, with the recent acceleration of international trade agreements, it is imperative that the federal government excludes

M. Stephen Foley, président, Conseil de la santé, Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) de la Saskatchewan:

D'abord, je tiens à vous remercier de me donner l'occasion de comparaître devant le comité ce matin. Je vais présenter rapidement les gens qui m'accompagnent. Le Conseil de la santé du SCFP de la Saskatchewan représente quelque 14 000 travailleurs de la santé. Je suis accompagné du représentant national du SCFP, M. John Welden; et de M. Tom Graham, président de la division de la Saskatchewan du SCFP, qui représente environ 23 000 travailleurs de la santé en Saskatchewan.

Pour faire une économie de temps, nous allons présenter une courte introduction, puis ouvrir la période de questions.

Comme vous le savez probablement, le Syndicat canadien de la fonction publique, le SCFP, est le plus grand syndicat canadien de travailleurs de la santé avec près de 480 000 membres. En Saskatchewan, le SCFP représente quelque 23 000 travailleurs du secteur public. Parmi ces 23 000 travailleurs du secteur public, 14 000 travaillent en première ligne dans le domaine de la santé.

À titre de travailleurs de première ligne, nous portons un intérêt marqué à l'orientation de notre système de santé. Comme vous le savez probablement, notre province vient de parachever un examen du système de santé. Cet examen a été réalisé par Kenneth Fyke. Notre conseil provincial de la santé s'est prononcé en faveur des recommandations générales énoncées dans le rapport Fyke, surtout parce que l'accent y est mis sur l'élaboration d'un modèle de soins de santé primaires. Nous allons approfondir un peu cette question.

Un examen national des soins de santé et du rôle que joue le gouvernement fédéral nous donne toutefois l'occasion, l'ouverture nécessaire pour discuter des questions relatives aux soins de santé dans un contexte beaucoup plus large. Nous sommes d'avis que le gouvernement fédéral doit jouer un rôle important dans le financement des divers aspects des soins de santé et dans la protection du système contre une privatisation de plus en plus grande.

De façon générale, nous sommes d'accord avec les cinq rôles que le Comité sénatorial désigne comme appartenant au gouvernement fédéral. Nous en ajouterions même deux. C'est-à-dire le renforcement de la Loi canadienne sur la santé, puis la protection des soins de santé publics contre les accords de commerce internationaux.

Les gouvernements provinciaux peuvent faire preuve d'innovation, comme cela a été le cas en Saskatchewan, le berceau de l'assurance-maladie. De même, les orientations des gouvernements provinciaux peuvent miner notre système de santé national, comme l'Alberta l'a fait, selon nous, en adoptant une loi qui encourage l'établissement de cliniques privées.

Le rôle du gouvernement fédéral quant il s'agit de faire respecter les cinq principes de Loi canadienne sur la santé, revêt une importance capitale, à la lumière de la promotion idéologique de la privatisation à laquelle s'adonnent certaines provinces.

Par ailleurs, avec la mise en place accélérée des accords de commerce internationaux ces derniers temps, il est impératif que

our public health care system and protects it from any possible threats of the trade agreements.

Our submission today will briefly outline our concerns and recommendations for a national health care system.

The recommendations laid out here today to this Senate committee in our submission, do not provide an in-depth response to the detailed report prepared by the Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. Instead, we have grouped our recommendations into four broad areas, with several recommendations within each area. Our recommendations do respond to the options presented in your report, but they are not in the same order.

Mr. John Welden, Health Care Coordinator, Health Care Council, Canadian Union of Public Employees (CUPE) Saskatchewan: Recommendation number one is that the federal government must strengthen medicare by expanding the scope and number of health services covered by a public health care system. This would include, but not limit it to, the development of a national home care program; the creation of a national pharmacare program; and an increase in the public delivery of long-term care.

Recommendation number two is to reduce the level of privatization in health care and ensure that any future privatization is rejected. We firmly believe that the cost-effectiveness of the public care system is far better than the cost-effectiveness of a private system, as well as a public-private system mix.

Recommendation number three is that the federal government exclude health care from all trade agreements.

Recommendation number four is that the federal government fund and support primary health care reform initiatives. This would include the elimination of the fee-for-service remuneration for physicians and place physicians on salary. However, other alternatives can be considered as well. As well, that the federal government support the creation of multi-disciplinary teams of health care providers, improve working conditions for health care providers, and enhance the role of health care providers in the health care system. The final paragraph of that recommendation is that the federal government implement economic and social policies that improve the health status of Canadians in general.

Mr. Tom Graham, President, Canadian Union of Public Employees (CUPE) Saskatchewan: Health care in Canada is one of our most cherished social programs, if not the most cherished. I believe it sets us apart from most of the rest of the world.

The five principles of the Canada Health Act embody the foundation of the public health care system. We see many threats out there to our public system, and we would urge this committee to categorically reject privatization options as we believe they will further endanger our public medicare system.

le parlement fédéral écarte notre système de santé public de leur champ de mire et le protège contre toute menace possible provenant des accords commerciaux.

Aujourd'hui, nous allons exposer brièvement nos préoccupations et nos recommandations pour ce qui est d'un système de santé national.

Les recommandations énoncées aujourd'hui à l'intention du Comité sénatorial dans notre mémoire ne constituent pas une réponse approfondie au rapport détaillé préparé par le Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Plutôt, nous avons regroupé nos recommandations en quatre grandes rubriques, dont chacune englobe plusieurs recommandations. Nos recommandations répondent aux options présentées dans votre rapport, mais l'ordre n'est pas le même.

M. John Welden, coordonnateur de la santé, Conseil de la santé, Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) de la Saskatchewan: La toute première recommandation, c'est que le gouvernement fédéral renforce le régime d'assurance-maladie par un accroissement de la portée et du nombre de services de santé couverts dans le système de santé public. Cela engloberait, sans toutefois s'y limiter, l'élaboration d'un système national de soins à domicile, la création d'un programme national d'assurance-médicaments et le renforcement de la prestation publique des soins prolongés.

La deuxième recommandation consiste à réduire le niveau de privatisation des soins de santé et à s'assurer que tout futur projet de privatisation est rejeté. Nous avons la conviction que le système de santé public présente un rapport coût-efficacité nettement supérieur à celui du système privé ainsi qu'à celui d'un système mixte public-privé.

La troisième recommandation, c'est que le gouvernement fédéral exclut les soins de santé de tout accord commercial.

La quatrième recommandation, c'est que le gouvernement fédéral finance et soutienne les projets de réforme des soins de santé primaires. Cela comprendrait l'élimination de la rémunération à l'acte des médecins, qui recevraient alors un salaire. Toutefois, d'autres options peuvent aussi être envisagées. De même, le gouvernement fédéral viendrait soutenir la création d'équipes pluridisciplinaires de soignants, améliorer les conditions de travail des soignants et renforcer le rôle des soignants dans le système de santé. Le dernier paragraphe de la recommandation dit que le gouvernement fédéral devrait mettre en place des politiques économiques et sociales qui auraient pour effet d'améliorer l'état de santé des Canadiens en général.

M. Tom Graham, président, Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) de la Saskatchewan: La santé figure parmi les programmes sociaux les plus chéris au Canada, si ce n'est pas le plus cheri entre tous. Je crois qu'il nous distingue de la majeure partie du reste du monde.

Les cinq principes affirmés dans la Loi canadienne sur la santé constituent le fondement du système de santé public. Nous entrevoyons nombre de menaces qui pèsent sur notre système public et nous incitons vivement le Comité à rejeter catégoriquement les options de privatisation qui sont présentées, car nous

The interim report suggests privatization options, such as the contracting out of health services to private, for-profit facilities; setting up some medical savings accounts; user fees; health care premiums; tax credits; and private-public partnership initiatives with prescription drugs. We reject all of these. We believe that any solution that further drives down the cost to the individual and the community, as opposed to us as a whole, is the wrong way to go.

We would also stress our concerns over health care and the trade agreements we are facing in the world today, and we would urge this committee to include any of the implications of trade agreements into the final report.

The Chairman: May I just say to the three of you, thank you for raising the trade agreement question. It is one that, frankly, as you pointed out, we did not focus on, and it is one that, certainly in my understanding of it, is fuzzy as to exactly its implications. Bringing that to our attention is helpful to us.

Senator Morin: This is the first time this subject has been raised. Perhaps you could share with us any further information you have on this. It is an important issue.

What is interesting about your very detailed report is that there is no doubt about where you stand. There is no doubt that you support a one-payer, one-provider system, government supported and government controlled.

What is your position concerning dental care insurance? Do you think it should be government supported as it is in other countries? What about optometric care insurance? Should we follow the British example?

What about the matter of non-prescription drugs? As you know, the trend in North America and also in Europe, is that more and more drugs are moving from the category of prescription drugs to the category of non-prescription drugs. As the Canadian public becomes better informed on the costs of drugs, I believe the trend will be towards moving to the non-prescription system.

Finally, what is your position concerning natural health products? For many Canadians that is an essential part of their health care. As you know the costs for Canadians of natural health products has been increasing, much more than prescription drugs. That cost is increasing by more than 20 per cent a year. Since we are a culturally diverse country, a large part of our population considers this to be their primary health care system. I am thinking of Chinese medicine. We must respect that. Should the government be part of that as it is for what we call "western medicine"? That is my first question.

croyons qu'elles ne feront que mettre davantage en péril notre régime d'assurance-maladie public.

Le rapport provisoire propose des options de privatisation, par exemple l'impartition de services de santé à des établissements privés à but lucratif; la création de comptes d'épargne médicaux; l'application d'un ticket modérateur; une réduction des cotisations au régime d'assurance-maladie; des crédits d'impôts et des partenariats privés-publics appliqués aux médicaments d'ordonnance. Nous rejetons toutes ces mesures. Nous croyons que toute solution qui a pour effet de réduire le coût pour l'individu et la collectivité plutôt que pour nous dans l'ensemble, est à proscrire.

Nous tenons à souligner également que nous craignons le lien qui sera fait entre les soins de santé et les accords commerciaux qui existent de nos jours. Nous invitons vivement le comité à tenir compte dans son rapport final de toute conséquence à cet égard des accords commerciaux.

Le président: Puis-je vous remercier, tous les trois, de soulever la question des accords commerciaux? C'est une question à laquelle, pour être franc, nous ne nous sommes pas attardés, comme vous l'avez souligné. C'est une question qui, certes, si je la comprends bien, comporte des conséquences qu'il est difficile de saisir exactement. Soulever la question est utile.

Le sénateur Morin: C'est la première fois que le sujet est abordé. Vous pourriez nous faire part de tout autre renseignement dont vous disposez à ce sujet. C'est une question importante.

Ce qu'il y a d'intéressant dans votre rapport très détaillé, c'est qu'il n'y a pas de doute sur votre position. Cela ne fait aucun doute, vous êtes en faveur d'un système à payeur unique et à fournisseur unique que le gouvernement soutient et que le gouvernement contrôle.

Quelle est votre position sur l'assurance pour frais dentaires? Croyez-vous que cela devrait être financé par le gouvernement comme dans d'autres pays? Qu'en est-il de l'assurance pour frais d'optométrie? Devrions-nous suivre l'exemple britannique?

Qu'en est-il des médicaments en vente libre? Comme vous le savez, la tendance en Amérique du Nord, comme en Europe, c'est de faire passer les médicaments en nombre plus grand de la catégorie des médicaments d'ordonnance à celle des médicaments en vente libre. À mesure que le public canadien se renseigne sur le coût des médicaments, je crois que la tendance à favoriser les médicaments en vente libre se confirmera.

Enfin, quelle est votre position en ce qui concerne les produits naturels? De nombreux Canadiens en font un élément essentiel de leurs soins de santé. Comme vous le savez, le coût des produits naturels pour les Canadiens est à la hausse, suivant une évolution qui est beaucoup plus marquée que dans le cas des médicaments d'ordonnance. Ce coût s'accroît de plus de 20 p. 100 par année. Comme nous formons un pays qui se caractérise par une certaine diversité culturelle, une bonne part de notre population fait de ces produits son système de soins primaires. Je songe à la médecine chinoise. Nous devons respecter cela. Le gouvernement devrait-il jouer à cet égard le rôle qu'il joue pour ce que nous appelons la «médecine occidentale»? Voilà ma première question.

The second question has to do with the fact that, in Europe, there are many social democrat governments. Some of them that have been generally far more on the left than the governments we have had in Canada. I am thinking of the Scandinavian countries and Germany for example. Why has none of those countries that have social programs that are far "more progressive," to use that expression, than those we have in Canada, gone the way you are recommending? I am thinking primarily of Sweden. You are recommending that there be one payer, one provider, and that it be government supported and totally government controlled. There is no talk in those countries, even from those parties that are on the left, of moving in that direction.

Mr. Welden: I will deal with your first question in inverse order first, so that we can talk about the different products that you mentioned.

Should naturopathic products be covered by the Canada Health Act and subsequently covered by the provincial health acts? Our answer is: to a certain extent.

At one time there were no physicians and no dentists. If you needed a tooth pulled you went to the barber and, if he happened to have a pair of pliers and a chair, he pulled your tooth. If you needed some help with a disease you went to the local witch doctor or whomever for help. Over time, we developed a refined form of health care.

We have also found, as technology has increased and understanding of disease and wellness has increased, that we do not have all the answers. Notwithstanding that, some people do claim to have an answer. It creates a conflict between the paradigms. Medical professionals may take the view: "I should know all the answers because of all this technology, but I do not; and this person has the answer but I do not want to recognize it."

There has to be a melding of the two thought patterns into a single health care process. That would mean that certain parts of the naturopathic discipline should be brought under the health care system and should be governed by the rules and regulations. I also believe that the focus should be on health care and wellness rather than on who is right and who is wrong.

That is a big job because some people, quite frankly, a great many people, are very entrenched in their own areas. If we are to step over the bounds of dealing with health care in its general scope and disease in its broadest scope, if we do not work towards the melding of those two systems, then people will abandon one or the other and suffer as a consequence.

I believe certain areas should be covered, including, quite frankly, the products. I think there are many products out there that may claim to cure a whole spectrum of illnesses while at the same time the patient suffers. For example, in Saskatoon there was a child who had bone cancer and, despite all the cries of the medical profession, the parents leaned towards the naturopathic system, to a certain extent. That does not mean that was either a

Ma deuxième question a trait au fait qu'il y a, en Europe, de nombreux gouvernements sociaux-démocrates. Certains d'entre eux sont, de manière générale, beaucoup plus à gauche que les gouvernements que nous avons eus au Canada. Je songe aux pays scandinaves et à l'Allemagne, par exemple. Pourquoi aucun de ces pays — qui ont des programmes sociaux nettement «plus progressifs», pour employer ce terme, que ceux que nous avons au Canada — n'a-t-il choisi la voie que vous recommandez? Je pense surtout à la Suède. Vous recommandez qu'il n'y ait qu'un seul payeur, un seul fournisseur, et que le système soit soutenu par le gouvernement et entièrement contrôlé par le gouvernement. Dans ces pays, il n'est pas question, même de la part des partis les plus gauchistes, d'aller dans cette voie.

M. Welden: Je procéderai par ordre inverse et répondrai à la première question que vous avez posée, pour que nous puissions parler des différents produits que vous avez mentionnés.

Les produits naturels devraient-ils être couverts par la Loi canadienne sur la santé et, ensuite, par les lois provinciales sur la santé? Notre réponse à cette question: jusqu'à un certain point.

À une certaine époque, il n'y avait ni médecins ni dentistes. Celui qui voulait se faire enlever une dent allait chez le barbier, qui prenait ses pinces, vous installait dans une chaise et vous arrachait la dent. Si vous aviez une maladie quelconque, vous vous rendiez chez le chaman du coin ou quelque autre personne. Au fil du temps, nous avons mis au point une forme perfectionnée de soins de santé.

Nous avons également constaté, à mesure que la technologie a gagné en importance et que notre compréhension de la maladie et du bien-être s'est accrue, que nous n'avions pas toutes les réponses. Malgré cela, certains prétendent avoir une réponse. Cela crée un conflit entre les paradigmes. Les professionnels de la médecine peuvent adopter le point de vue suivant: «Je devrais connaître toutes les réponses, car j'ai toute cette technologie à ma disposition, mais ce n'est pas le cas; et cette personne a la réponse à la question, mais je ne veux pas le reconnaître.»

Il doit y avoir fusion des deux schèmes de pensée en un seul processus de soins de santé. Cela voudrait dire que certains éléments de la discipline naturopathique devraient relever du système de santé et être régis par les règles officielles. De même, je crois qu'il faut insister sur la santé et le mieux-être, plutôt que chercher à dire qui a raison et qui a tort.

C'est toute une tâche, car certaines personnes, pour être très franc, un très grand nombre de personnes sont cantonnées dans leurs positions. Si nous ne transcendons pas les lignes de démarcation entre les disciplines de la santé pour envisager celle-ci et la maladie dans leur sens le plus général, si nous ne travaillons pas à fusionner les deux systèmes, les gens abandonneront l'un ou l'autre et en souffriront.

Je crois que certains cas devraient relever du régime d'assurance-maladie, y compris, pour être très franc, les produits. Je crois qu'il existe de nombreux produits dont on prétend qu'ils font échec à une panoplie de maladies, alors qu'en réalité, celui qui les utilise souffre. Par exemple, à Saskatoon, il y avait un enfant qui avait le cancer des os; malgré les hauts cris de la profession médicale, les parents ont favorisé le système naturopathique dans

good or a bad choice. The problem is that the two systems were in conflict and, as a result, after several court cases and a whole bunch of other legal procedures, the child expired. Had the two systems been better melded, there may have been a better result.

I will turn to the subject of prescription drugs. This is one of the fastest, highest-growing costs in the health care industry. The across-the-counter corporations are now offering all sorts of advantageous prescriptions to the North American public. Since we are a consuming public, if a pill will cure a cold then we will buy that pill. If I can purchase that pill off the shelf without a prescription from a physician, then I have the ability to treat myself. You throw in the Internet and the World Wide Web and people are diagnosing and treating themselves.

I think there has to be a process to put, not a stop to it, but at least to slow down and take a second look at some of the products that are being offered out there and why they are being offered.

One of the questions I am often asked is, "How come nobody can find a cure for the cold?" It is a multi-billion-dollar industry, and if you found a cure, it would come to a standstill.

Senator Morin: Excuse me, you are talking about regulation, and that is a different matter. I am talking about financial support. Did I understand you to say that, as far as natural health products are concerned, you are in favour of control? I fully agree with that. In addition, should there be some form of financial support for these products?

Mr. Welden: Yes.

Senator Morin: Are you saying the same thing with respect to non-prescription drugs?

Mr. Welden: No. I think with non-prescription drugs, if I want to buy an Aspirin then I should have the ability to buy that Aspirin. Should the government pay for that? No. We do not agree with that concept. I think we are more concerned about the regulation of those products versus the purchasing of the products.

Prescription drugs is a completely different area. We believe that some government support should be provided in that area.

Senator Morin: What about dental and optometric services?

Mr. Welden: Saskatchewan was one of the places that had a school-based dental plan. During the Devine era it was cancelled. It was based more on ideology than providing practical services. That program was acclaimed worldwide. It has been put into place in some European and other countries, and it has been shown to save health care costs in general. I believe that. Should the full scope or spectrum be covered, financed by the government? My response to that is: no, not necessarily. Should we be setting up

une certaine mesure. Cela ne veut pas dire que c'était un bon ou un mauvais choix. Le problème, c'est que les deux systèmes étaient en conflit, et, de ce fait, après plusieurs procès et toutes sortes de procédures juridiques, l'enfant a rendu son dernier souffle. Si les deux systèmes avaient été mieux fusionnés, il y aurait peut-être eu un meilleur résultat.

J'aborderai maintenant la question des médicaments d'ordonnance. Les coûts des médicaments d'ordonnance sont parmi ceux dont la croissance est la plus rapide et la plus importante dans l'industrie des soins. Les fabricants de médicaments en vente libre offrent maintenant toutes sortes de prescriptions avantageuses pour le public nord-américain. Comme nous formons un public qui consomme, si une pilule fait échec au rhume, nous allons l'acheter. Si je peux l'acheter en vente libre, sans ordonnance de la part d'un médecin, alors j'ai la capacité de me traiter moi-même. Ajoutez à cela Internet et le Web, et les gens déterminent eux-mêmes leur diagnostic et leur traitement.

Je crois qu'il devrait y avoir un processus qui permet non pas d'arrêter les choses, mais plutôt de les ralentir pour que nous puissions regarder à nouveau certains des produits qui sont offerts et déterminer pourquoi ils sont offerts.

On me pose souvent la question suivante: «Pourquoi n'arrive-t-on pas à trouver un moyen pour enrayer le rhume?» C'est une industrie qui vaut de nombreux milliards de dollars: si vous trouvez une façon d'enrayer le rhume, tout tomberait au point mort.

Le sénateur Morin: Excusez-moi, vous parlez de réglementation, et c'est là une chose différente. Je parle d'appui financier. Dois-je comprendre que vous dites, en ce qui concerne les produits naturels, que vous êtes en faveur d'un contrôle? Je suis tout à fait d'accord avec cela. En outre, ces produits devraient-ils bénéficier d'une forme de soutien financier?

M. Welden: Oui.

Le sénateur Morin: Dites-vous la même chose pour les médicaments en vente libre?

M. Welden: Non. Je crois que, dans le cas des médicaments en vente libre — si je veux acheter de l'aspirine, j'ai les moyens de me procurer de l'aspirine. Est-ce que le gouvernement devrait payer pour cela? Non. Nous ne sommes pas d'accord avec ce concept. Je crois que nous nous soucions de la réglementation de ces produits plutôt que de l'achat de ces produits en question.

Les médicaments d'ordonnance, c'est tout autre chose. Nous croyons qu'il devrait y avoir un certain soutien de la part du gouvernement à cet égard.

Le sénateur Morin: Et qu'en est-il des services de dentisterie et d'optométrie?

M. Welden: La Saskatchewan, c'est l'un des endroits où il y a eu un régime de soins dentaires dans les écoles. À l'époque de l'administration Devine, le programme a été annulé. Il reposait sur une idéologie bien plus que sur une vision pratique des services. Il a été loué dans le monde entier. Il a été mis en place dans certains pays, en Europe et ailleurs, et il a été démontré qu'il permet de réduire de manière générale les coûts liés à la santé. J'y crois. Toute la panoplie devrait-elle être couverte, financée par le

programs, such as a school-based program for dental health, which affect our children's health? Yes, I think the government should be actively involved in that because it promotes health as an adult.

Senator Morin: Why would you not go the whole way? Britain has dental insurance for the whole population, and also have an optometric plan for glasses that is covered by the government? Why are you not in favour of that?

Mr. Welden: It is not that I am not in favour of it. It is a matter of: Is the government prepared to start putting higher regulations on those industries, as well? When you decide that you will fund an industry, are you prepared, politically, to put into place those regulations necessary to regulate that industry?

Senator Morin: I think the dental profession is already well regulated, although there may be problems. However, there is no problem with the regulations there.

Mr. Welden: I would tend to disagree with you.

Senator Morin: Let us say we regulate the dental profession. Would you go all the way and have public funding for that?

Mr. Welden: Yes.

Senator Morin: Same thing for optometric?

Mr. Welden: Same thing for optometric, yes.

Senator Morin: My other question dealt with European countries.

Mr. Welden: Why have they not done it?

Senator Morin: Yes. These are social democrat countries which are very advanced, and far more progressive, than Canada as far as social programs are concerned. We have never had a social democrat government in this country. None of those countries has recommended what you are recommending this morning.

Mr. Welden: Prior to 1962, there was no medicare. Nobody had recommended it. In fact, nobody had talked about it. Innovation comes from people with new ideas and new concepts. Perhaps they have not thought of it. I cannot give you the reasoning because I am not from one those countries.

Is it a left-wing agenda? I do not think it is a left- or a right-wing agenda. I think it is an agenda of: Do you put people in front of profits? If that is left wing, then I guess you would look at it as a left-wing agenda. Does it have to be a social democrat government that does that? I do not think it has to be a social democratic government that does that. I think it has to be a government that cares about its people more than it does about the corporation and the corporate agenda.

gouvernement? Ma réponse est la suivante: non, pas forcément. Devrions-nous établir des programmes, par exemple un programme scolaire de soins dentaires, qui a une incidence sur la santé des enfants? Oui, je crois que le gouvernement devrait être actif à ce chapitre parce que cela favorise la santé à l'âge adulte.

Le sénateur Morin: Pourquoi ne pas aller jusqu'au bout? La Grande-Bretagne applique une assurance dentaire à la population entière, et il y a aussi un régime pour les frais d'optométrie, pour les lunettes, qui est couvert par le gouvernement. Pourquoi n'êtes-vous pas en faveur de cela?

M. Welden: Ce n'est pas que ne sois pas en faveur de cela. C'est plutôt que je me pose la question suivante: le gouvernement est-il prêt à soumettre ces industries, aussi, à une réglementation plus sévère? Quand vous décidez de financer une industrie, êtes-vous prêt, sur le plan politique, à mettre en place les règles nécessaires pour réglementer l'industrie en question?

Le sénateur Morin: Je crois que la profession de dentiste est déjà bien réglementée, même s'il peut y avoir des problèmes. Par contre, il n'y a pas de problème ici en ce qui concerne la réglementation.

M. Welden: J'aurais tendance à n'être pas d'accord avec vous.

Le sénateur Morin: Disons que nous réglementons la profession de dentiste. Iriez-vous jusqu'au bout en décidant qu'il y aurait un financement public à cet égard?

M. Welden: Oui.

Le sénateur Morin: La même chose pour l'optométrie?

M. Welden: La même chose pour l'optométrie, oui.

Le sénateur Morin: Mon autre question a trait aux pays d'Europe.

M. Welden: Pourquoi ne l'ont-ils pas fait?

Le sénateur Morin: Oui. Il y a des pays sociaux-démocrates qui sont très avancés, et qui sont nettement plus progressifs que le Canada en ce qui concerne les programmes sociaux. Nous n'avons jamais eu de gouvernement social-démocrate au Canada. Aucun de ces pays n'a recommandé ce que vous recommandez ce matin.

M. Welden: Avant 1962, il n'y avait pas d'assurance-maladie. Personne ne l'avait recommandée. De fait, personne n'en avait parlé. L'innovation provient de gens qui proposent des idées nouvelles et des concepts nouveaux. Peut-être n'y ont-ils jamais pensé. Je ne saurais vous dire pourquoi, car je ne viens pas de l'un de ces pays.

Est-ce une idée de la gauche? Je ne crois pas que ce soit une question de gauche ou de droite. Je crois que c'est une idée qui soulève la question suivante: les gens passent-ils avant les profits? Si c'est là un principe de la gauche, alors vous devriez peut-être le voir comme étant une idée de la gauche. Faut-il un gouvernement social-démocrate pour adopter cela? Je ne crois pas qu'il faille que ce soit un gouvernement social-démocrate. À mon avis, il faut que ce soit un gouvernement qui se soucie de ses citoyens plus qu'il ne s'en fait pour les grandes sociétés et les desseins des grandes sociétés.

Just because nobody has done it before, does not mean it should not be done. If the present system does not work, then what parts of it can you fix? What parts of it are important to fix in order to get it to work? Do you simply change it to something that you know does not work as well? People can espouse all they want about the American system, but it does not work quite that well.

Senator Morin: I agree with that.

Mr. Welden: If that does not work, then maybe we have to look at something completely different. That is what we are suggesting.

Senator Morin: Thank you very much. You are very clear.

Senator Pépin: I am coming from another direction. Let me be the devil's advocate here. One of your recommendations is the development of multi-disciplinary teams as health care providers. You say, and I agree, that multi-disciplinary teams are essential to the primary care model.

I know that you are a very strong syndicate. I come from a province where the unions are very strong. I agree with the recommendation. I also support the way you support workers such as nurses. I always supported the nurses when they were on strike to have better conditions of work.

From your perspective as a union, if we have all those people working together, how will you organize that, and how will you be able to ensure that they are all working in good conditions? As it is, they work in smaller teams. I am sure you have thought of how you will do it. Will it be easy for all of those people to work together — the bosses, the leaders, and the workers?

Mr. Welden: I am a nurse by profession and in all my nursing career I was a CUPE member. I was not a member of SUN, which is the organization or the union that represents nurses in this province.

In the area that I worked in, the union represented everybody except the administrator. If there was a physician, that physician was represented. If there was a psychiatrist or a psychologist, they, too, were represented. It was an all-inclusive bargaining unit.

It was not until I became a CUPE representative and started working in the health care area that I realized that there was a hierarchy in health. I had never realized before, that there were physicians, and then nurses, and then technologists, and then the rest of the unwashed. I cannot understand it. I cannot understand how a system has set itself up on a basis of education and functionality and superiority. It is no wonder it does not work.

In the place that I worked before, no one of us considered ourselves any higher than the person that we were working beside. That person might have been a dietary aide, a housekeeper or a

Ce n'est pas parce que personne ne l'a fait avant qu'il ne faut pas le faire. Le système actuel ne fonctionne pas, alors quels sont les éléments qu'il faut corriger? Quels éléments importe-t-il de corriger pour que le système fonctionne? Le remplace-t-on simplement par une chose dont on sait qu'elle ne fonctionne pas aussi bien? Les gens peuvent vanter autant qu'ils veulent les vertus du système américain, mais il demeure qu'il ne fonctionne pas si bien.

Le sénateur Morin: Je suis d'accord avec vous.

M. Welden: Si cela ne fonctionne pas, alors nous devrions peut-être envisager quelque chose de tout à fait différent. C'est ce que nous proposons.

Le sénateur Morin: Merci beaucoup. Vous êtes très clair.

Le sénateur Pépin: J'aborderai la question d'un autre point de vue. Si vous le permettez, je serai l'avocat du diable. Une de vos recommandations consiste à mettre sur pied des équipes pluridisciplinaires de soignants. Vous dites, et je suis d'accord avec vous, que les équipes pluridisciplinaires sont essentielles au modèle de soins primaires.

Je sais que vous avez un syndicat qui est très fort. Je suis originaire d'une province où les syndicats sont très forts. Je suis d'accord avec la recommandation. J'appuie également votre façon de soutenir les travailleurs, par exemple les infirmières. J'ai toujours soutenu les infirmières au moment où elles faisaient la grève pour obtenir de meilleures conditions de travail.

De votre point de vue, en tant que syndicat, si nous avons tous ces gens qui travaillent ensemble... comment allez-vous organiser cela et comment allez-vous être capable de vous assurer qu'ils travaillent tous dans de bonnes conditions? À l'heure actuelle, ils travaillent dans de plus petites équipes. Je suis sûre que vous y avez pensé. Est-ce que cela sera facile pour tous ces gens qui travaillent ensemble — les patrons, les dirigeants et les travailleurs?

M. Welden: Je suis infirmier de métier et depuis le tout début de ma carrière, je suis membre du SCFP. Je n'ai jamais fait partie du SUN, l'organisation, le syndicat qui représente le personnel infirmier en Saskatchewan.

Là où j'ai travaillé, le syndicat représentait tout le monde sauf l'administrateur. S'il y avait un médecin, le médecin était représenté. S'il y avait un psychiatre ou un psychologue, il était représenté, lui aussi. L'unité de négociations englobait tout le monde.

Ce n'est qu'au moment où je suis devenu délégué du SCFP et que j'ai commencé à travailler dans le secteur de la santé que j'ai pris conscience du fait qu'il y avait une hiérarchie dans le domaine de la santé. Je ne m'étais jamais rendu compte du fait qu'il y avait les médecins, puis ensuite les infirmières et ensuite les techniciens et, enfin, le reste de la plèbe. Je ne peux comprendre cela. Je ne peux comprendre comment un système peut s'établir en fonction des études et des fonctions et de la supériorité. Il n'est pas étonnant de voir qu'il ne fonctionne pas.

À l'endroit où je travaillais auparavant, personne ne s'estimait supérieur à celui qui se trouvait à ses côtés. Il pouvait s'agir d'une aide diététicienne, d'une aide-ménagère ou d'un psychologue.

psychologist. When we had a unit meeting they were all involved. If the unit was not cleaned properly it affected the health of the residents. If the dietary areas were not functioning properly it affected the health of the residents. If the rest of the team was not cognizant of that or part of that, it affected the health of the residents.

One of the changes that has to be made in health care to make it function better and to treat the health of the patients, the consumers, the residents, is that teams have to put this hierarchy aside and start to function together on a more equal basis. No one part of the health care team can stand on its own. Without a cook, meals are not served. Every discipline is an integral part of the whole. However, we have to incorporate coordination. How that is to be done is the million-dollar question.

Senator Pépin: I am sure you have been thinking that. You have the union on one side and the administration on the other. You will be very powerful.

Senator Keon: I also want to thank you for appearing before us.

Mr. Welden, you presented an interesting concept that has been presented over and over again, and that is that comprehensiveness should be extended to include the entire spectrum of health care and be paid for by government. I believe that is what you said.

Of course, as you know, currently the funding of health care is about 70 per cent government and about 30 per cent private. It is consuming about 8.5 per cent of our GDP. Other people have proposed this and when I have asked them what the financial implications of this will be, their responses boil down to the fact that the implementation of this will push funding up to about 12 per cent of GDP and doubling current government funding.

Do you think that would be politically acceptable in Canada?

Mr. Welden: If it is done right, yes. I do not think you can just turn around and say that the Canadian population, through its tax dollars to government, will suddenly take over health care and fund it completely. There has to be a complete analysis of the health care system and a true definition of what health care is. If you ask 30 million Canadians the question: What do you think health care is? You will probably get 30 million different answers. What we are trying to espouse is that health care is not a system unto its own. It has become more than just a visit to the hospital or a visit to the doctor.

To use an example, in Saskatchewan 40 per cent of the people using the food bank in Regina are children. If you do not solve that problem, you will not solve the problems that they experience in the health care area.

Quand les membres de l'unité se réunissaient, tous étaient présents. Si l'unité n'était pas nettoyée correctement, cela avait une incidence sur les résidents. Si l'aspect diététique ne fonctionnait pas convenablement, cela avait une incidence sur la santé des résidents. Si le reste de l'équipe n'en était pas conscient ou ne l'était qu'en partie, cela avait une incidence sur la santé des résidents.

Une des modifications qu'il faut apporter aux soins afin que ceux-ci fonctionnent mieux et aboutissent à un meilleur traitement des malades, des consommateurs et des résidents, c'est que les équipes doivent mettre de côté la hiérarchie et commencer à travailler ensemble à partir de fondements plus égalitaires. Aucun élément de l'équipe des soins ne peut faire cavalier seul. S'il n'y a pas de cuisinier, il n'y a pas de repas servis. Chaque discipline fait partie intégrante de l'ensemble. Par contre, nous devons prévoir une certaine coordination à des tâches. Comment? Voilà la question qu'il faut impérativement régler.

Le sénateur Pépin: Je suis sûre que vous y pensez. Vous avez le syndicat d'un côté et l'administration de l'autre. Vous allez être très puissant.

Le sénateur Keon: Je tiens à vous remercier aussi de venir comparaître devant le comité.

Monsieur Welden, vous proposez un concept intéressant qui a été proposé déjà à maintes reprises, soit que l'universalité des soins s'applique à la série complète des soins de santé qui seraient financés par le gouvernement. Je crois que c'est ce que vous avez dit.

Bien sûr, comme vous le savez, à l'heure actuelle, le financement des soins de santé provient de l'État à raison de 70 p. 100 environ, et du secteur privé, dans une proportion d'environ 30 p. 100. Cela représente à peu près 5,8 p. 100 de notre PIB. D'autres personnes ont déjà fait cette proposition, et quand nous leur avons demandé quelles en seraient les conséquences financières, leurs réponses se résumaient plus ou moins au fait que la mise en place d'une telle proposition ferait augmenter jusqu'à 12 p. 100 la proportion du PIB dont il est question et que cela ferait doubler les sommes d'argent que verse actuellement le gouvernement.

Croyez-vous que cela serait politiquement acceptable au Canada?

M. Welden: Si les choses sont faites correctement, oui. Je ne crois pas qu'on puisse affirmer que la population canadienne, par la voie des impôts qu'elle verse au gouvernement, prendra en charge subitement les soins de santé et les financera entièrement. Il doit y avoir une analyse exhaustive du système de santé et une définition réelle des soins de santé. Si vous posez à 30 millions de Canadiens la question suivante: que sont les soins de santé? Vous allez probablement obtenir 30 millions de réponses différentes. Ce que nous essayons de faire valoir, c'est que les soins de santé ne représentant pas en eux-mêmes un système, il s'agit de plus que d'une simple visite à l'hôpital ou chez le médecin.

Prenons un exemple: en Saskatchewan, 30 p. 100 des gens qui recourent à la banque alimentaire de Regina sont des enfants. Si vous ne réglez pas ce problème, vous n'allez pas régler les problèmes qu'ils vivent en ce qui concerne la santé.

When we talk about a comprehensive health care system that is fully funded, we also talk about the fact that you have to deal with the health care status of the nation, which is even more comprehensive.

Can it be accomplished overnight? I do not think it can be. Can it be accomplished at all? I think it can be. The one thing that separates us from the rest of North America is the fact that we do take care of our neighbours. We are concerned with our neighbours. It is a matter of political willingness, and I think the population will follow on that. I do not know if I answered your question.

Senator Keon: No, you did not. I do not blame you for not answering it. I think if you asked it of me I would not answer it either.

It is a very interesting phenomenon. People keep advocating this blanket solution and it would be interesting just to lay it out and have somebody run on a political ticket that says: I will increase health care funding to 12 per cent of the GDP and I will double government funding in health care.

Mr. Foley: If would refer you to the first paragraph on page 6 where we deal with the cost comparison between Canada and the United States.

Having said that, Tom is prepared to take a stab at your question. If John would not answer it, Tom might.

Mr. Graham: I believe it is politically possible to sell just what you said. When we talk about health care, we talk about the government not being able to afford to fully fund health care. We then say it will have to be handed over to private hands. People will get health care one way or the other. They will sell their house, or they will go to the bank and borrow money. If they are forced to go to a private clinic, for example, an American-style clinic, they will do what they have to do to pay for that service.

I think the selling point is to start explaining it. It seems to us that there is a lack of logic here. We cannot afford to pay for health care, so we say that we will privatise. We will put it into the private sector. Who, then, are the people paying in the private sector?

I think that point has to be made a little more honestly. The point is that, as individual citizens in this country, we pay the bill. Do we pay it collectively; or do we hope we do not get sick and then declare bankruptcy when we do, because there is no public system?

We understand that health care costs are the number one cause of bankruptcy in the United States. People fall ill and they do not have the appropriate insurance. They sell their house, they go into debt, and they end up bankrupt.

Quand nous parlons d'un système de santé complet à financement intégral, nous soulignons qu'il faut envisager l'état de santé du pays dans son ensemble, phénomène encore plus global.

Peut-on faire cela du jour au lendemain? Nous ne le croyons pas. Peut-on le faire tout court? Je crois que c'est possible. L'élément qui nous distingue du reste de l'Amérique du Nord, c'est le fait que nous prenons soin de nos voisins. Nous nous soucions de nos voisins. C'est une question de volonté politique, et je crois que la population suivra le mouvement. Je ne sais pas si j'ai répondu à votre question.

Le sénateur Keon: Non, vous ne l'avez pas fait. Je ne vous jette pas la pierre. Je crois que si vous me l'aviez posée à moi, je n'y aurais pas répondu moi non plus.

C'est un phénomène très intéressant. Les gens ne cessent de préconiser cette solution générale, et il serait intéressant d'en exposer simplement les éléments et que quelqu'un cherche à se faire élire en affirmant: Je vais porter les dépenses en santé à 12 p. 100 du PIB et de vais doubler le financement gouvernemental dans le domaine de la santé.

M. Foley: Je vous demanderais de vous reporter au premier paragraphe de la page 6, où nous établissons une comparaison des coûts entre le Canada et les États-Unis.

Cela dit, Tom est prêt — il va essayer de répondre à votre question. Si John ne veut pas y répondre, peut-être que Tom le fera.

M. Graham: Je crois qu'il est politiquement possible de vendre aux gens le projet dont vous venez de parler. Quand nous parlons de soins de santé, nous parlons du fait que le gouvernement n'a pas les moyens de financer entièrement les soins de santé. Puis, nous disons qu'il faut mettre cela entre les mains du secteur privé. Les gens vont obtenir des soins de santé, d'une façon ou d'une autre. Ils vont vendre leur maison ou ils vont se rendre à la banque pour contracter un emprunt. S'ils sont obligés d'aller dans une clinique privée, par exemple, une clinique à l'américaine, ils vont faire ce qu'il faut pour assumer les frais du service donné.

Je crois que l'essentiel, c'est de commencer à l'expliquer. Il me semble qu'il y a ici un manque de logique. Nous n'avons pas les moyens de nous payer des soins de santé, si bien que nous allons privatiser. Nous allons mettre cela entre les mains du secteur privé. Qui, alors, sont les gens qui achètent les soins dans le secteur privé?

Je crois qu'il faut aborder cette question avec un peu plus d'honnêteté. Ce qu'il faut dire, c'est que la facture, c'est nous qui la payons — les citoyens individuels du pays. Est-ce que nous la payons collectivement? Sinon, est-ce que nous espérons ne pas devenir malades ou devoir déclarer faillite si jamais cela arrive, parce qu'il n'y a pas de système public?

Le coût des soins de santé viendrait au premier rang parmi les causes de faillites aux États-Unis. Les gens deviennent malades, mais ils n'ont pas l'assurance qu'il faut. Ils vendent leur maison, ils s'endettent, puis ils font faillite.

I think the message has to be delivered a little more clearly. It is politically possible, to say that you do have to pay a little more taxes. There are not too many people who would not pay house insurance in the hope that their house will never succumb to fire, or something like that. Of course people would pay that. You may never need it but you pay it because it is easier to pay \$600 a year in house insurance than \$100,000 for a new house because you had no insurance.

I think we view the taxes we pay towards health care, certainly, as insurance premiums. Maybe that is the political answer.

Yes, I believe it is possible. It is not possible as it is being addressed now with Bill 11 in Alberta. If the message is made clear that consumers will pay for it one way or the other, then why not do it cooperatively, it should be politically saleable.

Mr. Welden: I would be prepared to run on that if you could find a party that would be prepared to put that forward.

The Chairman: I thank all of you for coming. We appreciate you taking the time to be with us. We are hearing from several of your colleagues, as you can imagine, as we travel across the country.

Honourable senators, our next witness is Ms Jodi Blackwell, Research and Operations Director of the Saskatoon Chamber of Commerce. We are delighted to hear from a business group.

I would ask you to introduce your two colleagues, hit the highlights of your statement, and then we will be delighted to chat with you.

Mr. Kent Smith-Windsor, Executive Director, Saskatoon and District Chamber of Commerce: Mr. Chairman, if you will allow me, I shall do the introductions. Then, with your permission, I shall step away to another media conference. However, I shall be back probably in time for the question and answer session.

Before I introduce my colleagues, let me thank you, on behalf of our organization, for the opportunity to present to your committee today.

Let me first introduce Mr. Dave Dutchak, who is President of the Saskatoon and District Chamber of Commerce, our CEO, an elected official. In his everyday life, Mr. Dutchak, aside from committing significant personal time and resources to the chamber movement, is in the health petitioning field relating to M.D. Ambulance.

Next, let me introduce Ms Jodi Blackwell, our Research and Operations Director. Her presentation forms the basis of a piece of work that the chamber has invested about three years in, where we

Je crois que le message doit être communiqué un peu plus clairement. Il est politiquement possible de faire cela, de dire qu'il faut payer des impôts un peu plus élevés. Il n'y a pas un très grand nombre de personnes qui ne se procureraient pas une assurance habitation dans l'éventualité d'un incendie ou d'un autre incident. Bien sûr, les gens paieraient pour cela. Vous n'allez peut-être jamais en avoir besoin, mais vous le payez parce qu'il est plus facile de verser 600 \$ par année en assurance-habitation, que de verser 100 000 \$ pour une nouvelle maison, parce que vous n'aviez pas d'assurance.

Nous concevons donc les impôts que nous versons pour financer les soins de santé comme, certainement, des primes d'assurance. Voilà peut-être la réponse politique à la question.

Oui, je crois que cela est possible. Cela n'est pas possible si on envisage ce qui est prévu avec le projet de loi 11 en Alberta. Si on le dit clairement: les consommateurs vont payer pour les soins d'une manière ou d'une autre, alors il faut se demander: pourquoi ne pas coopérer? C'est alors un projet qui se vend bien sur le plan politique.

M. Welden: Je serais disposé à être le candidat qui fait valoir ce projet si vous pouvez trouver un parti qui est prêt à l'inscrire à son programme.

Le président: Je vous remercie tous d'être venus. Nous apprécions le temps que vous prenez pour vous joindre à nous. Nous accueillons ainsi plusieurs de vos collègues, comme vous pouvez l'imaginer, pendant nos pérégrinations.

Honorables sénateurs, notre prochain témoin est Mme Jodi Blackwell, directrice de la recherche et des opérations à la Chambre de commerce de Saskatoon. Cela nous réjouit d'accueillir un groupe du monde des affaires.

Je vous demanderais de présenter vos deux collègues, de citer les points saillants de votre exposé, puis nous aurons le plaisir de discuter avec vous.

M. Kent Smith-Windsor, directeur général, Chambre de commerce de Saskatoon: Monsieur le président, si vous le permettez, je vais m'occuper des présentations. Ensuite, avec votre permission, je tirerai ma révérence pour aller assister à une autre conférence médiatique. Toutefois, je serai probablement revenu à temps pour la séance de questions.

Avant que je ne présente mes collègues, permettez-moi de vous remercier, au nom de notre organisation, de l'occasion que vous nous offrez de présenter nos vues à votre comité aujourd'hui.

Permettez-moi de présenter d'abord M. Dave Dutchak, président de la Chambre de commerce de Saskatoon, notre président-directeur général, qui est élu. Dans la vie de tous les jours, M. Dutchak, outre le fait de consacrer une part importante de son temps et de ses moyens au mouvement de la chambre de commerce, fait valoir les projets d'amélioration de la situation relativement à son travail chez MD Ambulance.

Permettez-moi de présenter Mme Jodi Blackwell, notre directrice de la recherche et des opérations. Son exposé repose sur un projet dans lequel la chambre investit depuis trois ans: nous

are talking about changing the mind set concerning health care opportunities in this country. Thank you very much.

Ms Jodi Blackwell, Research and Operations Director, Saskatoon and District Chamber of Commerce: First of all I would like to echo Mr. Smith-Windsor's remarks, thanking you for the opportunity to address your committee and to share with you some of the ideas, efforts and aspirations of the Saskatoon and District Chamber of Commerce in this area.

First, we would like to commend you on your efforts to raise the level of debate around the issue in your examination of the Canadian health care system. As you are very well aware, I am sure, Saskatchewan citizens are very passionate about this issue, so it is close to our hearts.

As indicated in our submission, our chamber recognized the significant opportunities facing us in the area of health research and brought together a group of dedicated, passionate and innovative people from a variety of backgrounds. Working together, we realized a need to develop a dynamic model based on strategic partnerships to encourage a change-friendly culture to allow strategies to be developed to take advantage of the remarkable opportunities in a world of rapidly changing health care technology and the explosion of health knowledge.

We in Canada are faced with a tremendous opportunity and must take the lead to aspire, once again, to be world leaders in the health sector.

We are also faced with a very important choice — and we do have a choice in this area: We can either be a consumer of medical research, medical services and medical opportunities, and with that comes the corresponding expenses, or we can be a producer of these same medical services, research and opportunities. With that come the corresponding benefits and profits. It is up to us to make this decision and the time is now to move. In the global arena, speed really does matter.

Through the efforts of the Saskatoon chamber's health opportunities committee, under the leadership of Mr. Dutchak, we have been successful in raising awareness and debate on a variety of health-related issues.

The committee's main purpose is "to educate and promote opportunities for business services, education, research and development in health services and their role..." for Saskatoon.

One tool we have used to achieve this goal is the 2020 Health Vision Conference. We first introduced this conference last year; the second annual conference will be hosted November 19 and 20 here in Saskatoon. We are offering a full agenda of local, national and international speakers who will be highlighting opportunities for economic development within the health sector.

discutons de la façon de changer la mentalité des gens en ce qui concerne les possibilités du domaine de la santé au Canada. Merci beaucoup.

Mme Jodi Blackwell, directrice de la recherche et des opérations, Chambre de commerce de Saskatoon: D'abord, j'aimerais, à l'instar de M. Smith-Windsor, vous remercier de l'occasion qui nous est offerte de nous adresser à votre comité et de vous faire part d'idées, d'efforts et d'aspirations qui occupent en partie la Chambre de commerce de Saskatoon.

Premièrement, nous souhaitons vous féliciter des efforts que vous déployez pour relever le niveau du débat autour de la question, en examinant le système de santé canadien. Comme vous le savez très bien, j'en suis sûre, les citoyens de la Saskatchewan ont une grande passion pour cette question, que nous avons véritablement à cœur.

Comme nous l'indiquons dans notre mémoire, notre chambre reconnaît les occasions importantes qui se présentent à nous dans le domaine de la recherche sur la santé et a réuni un groupe de personnes dévouées, passionnées et novatrices provenant de divers horizons. En travaillant ensemble, nous avons pris conscience de la nécessité d'élaborer un modèle dynamique fondé sur des partenariats stratégiques afin d'encourager une culture propice au changement qui permet d'échafauder des stratégies pour tirer parti des occasions remarquables qui se présentent avec l'évolution rapide des technologies de la santé et l'essor incroyable des connaissances sur la santé.

Au Canada, nous nous trouvons devant une occasion d'agir tout à fait incroyable; nous devons prendre les devants et aspirer d'être à nouveau des chefs de file mondiaux dans le domaine de la santé.

De même, nous faisons face à un choix très important — et il y a bel et bien un choix que nous devons faire à cet égard: nous devons être soit des consommateurs de la recherche médicale, des services médicaux et des possibilités médicales, ce qui suppose certaines dépenses, soit des producteurs des services, recherches et occasions en question. Et cela comporte des avantages et des profits. La décision nous appartient, et le temps de décider est venu. Dans l'arène mondiale, la vitesse compte vraiment.

Grâce aux efforts du comité des possibilités dans le domaine de la santé de la Chambre de commerce de Saskatoon, sous la direction de M. Dutchak, nous avons réussi à conscientiser les gens et à débattre de diverses questions liées à la santé.

La raison d'être principale du comité est de signaler et de favoriser les possibilités en ce qui concerne les services commerciaux, l'éducation, la R-D des services de santé et la place de ceux-ci, pour Saskatoon.

Un des instruments que nous avons employés pour atteindre ce but, est la 2020 Health Vision Conference. Nous avons organisé cette conférence pour la première fois l'an dernier. La deuxième conférence annuelle aura lieu les 19 et 20 novembre, ici à Saskatoon. Nous proposons un programme complet de conférenciers locaux, nationaux et internationaux qui mettront en lumière les possibilités de développement économique que présente le secteur de la santé.

I have brought with me some information regarding the conference. I believe an invitation has been extended to members of this committee to attend the upcoming conference, and we would very much like to see you there.

With respect to the health care opportunities committee, the committee itself is comprised of individuals from our chamber of commerce, Saskatoon District Health, the University of Saskatchewan, the Regional Economic Development Authority and local business. They are pursuing opportunities to develop new partnership models. We are looking for models that are adaptable and dynamic and models that will benefit Canadians now and into the future.

In seeking new partnership models, we have made great strides in developing mutually beneficial relationships with our Aboriginal community. Saskatchewan is faced with a major opportunity with its growing Aboriginal population, and we are committed to work with Aboriginal people and organizations to ensure they enjoy a healthy, bright future in our province.

We will work with the Aboriginal leaders in their quest to be included in the developing of health provision systems for their people.

We at the chamber feel very strongly that a changeable structure to accommodate health care partnerships will be the foundation upon which strong relationships will be built. We must provide the leadership that recognizes the changing health delivery system and take advantage of the many opportunities presented. This will not occur through continuing to increase funding; we must aspire to change.

In order to achieve this lofty yet, in our opinion, obtainable goal, we must work together. Together we are stronger.

Our recommendation is the creation of a policy framework that encourages and supports strong partnerships both inside and outside current systems. We must respect the support by Canadians for publicly funded health care; however, at the same time, we must be proactive, not reactive, in our approach.

We must have the courage to move ahead and create more adaptable models, ones that have the capacity to change with the dramatic growth in health knowledge that is facing us.

We will take any questions.

The Chairman: I shall begin; I have two questions. One is a sort of fact-based question; the other is a question of interpretation.

We had a very interesting presentation yesterday by a Dr. Friesen, who has been chairing a committee on behalf of the minister responsible for Western Economic Diversification. Are you plugged into that process? Are you part of the group?

J'ai apporté à votre intention certains renseignements sur la conférence. Je crois que nous avons adressé une invitation aux membres du comité pour qu'ils puissent assister à la prochaine conférence, et nous serions très heureux de vous y voir.

Pour ce qui est du comité chargé des possibilités dans le domaine de la santé, eh bien, le comité lui-même se compose de membres de notre chambre de commerce, du Saskatoon District Health, de l'Université de la Saskatchewan, de la Regional Economic Development Authority et d'entreprises locales. Ces gens poursuivent les occasions possibles d'élaborer de nouveaux modèles de partenariat. Nous sommes à la recherche de modèles qui soient adaptables et dynamiques, de modèles qui profiteront aux Canadiens aujourd'hui comme à l'avenir.

En recherchant de nouveaux modèles de partenariat, nous avons accompli des progrès considérables dans l'édification de relations mutuellement bénéfiques avec notre communauté autochtone. La Saskatchewan se trouve avoir une occasion importante, avec une population autochtone en croissance, et nous nous engageons à travailler de concert avec les Autochtones et les organisations autochtones à nous assurer qu'ils jouissent de perspectives réjouissantes dans notre province.

Nous allons travailler de concert avec les leaders autochtones, qui souhaitent être inclus dans l'élaboration des systèmes de prestation de santé pour leur peuple.

À la chambre de commerce, nous sommes tout à fait convaincus que la structure modifiable des partenariats dans le domaine de la santé constituera le fondement sur lequel nous pourrions cultiver de solides relations. Nous devons fournir le leadership qui permet de reconnaître l'évolution du système de prestation des soins de santé et tirer parti des nombreuses occasions qui se présentent. Ce n'est pas en continuant d'accroître le financement que nous allons y arriver. Nous devons aspirer au changement.

Pour atteindre ce noble objectif, objectif réalisable à notre avis, nous devons travailler ensemble. L'union fait la force.

Nous recommandons la création d'un cadre d'action qui encourage et favorise les partenariats solides à l'intérieur comme à l'extérieur des systèmes actuels. Nous devons respecter le fait que les Canadiens soient en faveur de soins de santé financés grâce aux fonds publics; toutefois, en même temps, nous devons adopter une approche proactive, et non pas réactive.

Nous devons avoir le courage d'aller de l'avant et de créer des modèles plus adaptables, qui ont la capacité de changer avec la croissance marquée des connaissances en matière de santé qui s'amène.

Nous sommes prêts à répondre à toutes vos questions.

Le président: Je vais commencer; j'ai deux questions. La première se rapporte en quelque sorte à un fait. L'autre est une question d'interprétation.

Nous avons eu droit hier à un exposé très intéressant de la part de M. Friesen, qui dirige un comité au nom du ministre responsable de Diversification de l'économie de l'Ouest. Participez-vous à cette démarche? Faites-vous partie de ce groupe?

Ms Blackwell: We actually came from a meeting just this morning. We have a very informal group of people who are very passionate about this issue, including people from WD — how would we explain it?

Mr. Smith-Windsor: Our informal group is very much involved in the Friesen model. In fact, Jodi is doing some work to narrate the discussions that are ongoing in Saskatoon.

One of the decision points we are dealing with is that, while there is a very exciting opportunity to build a node of strong research networks, if I can use that term, across Western Canada, it does require the patience to establish those relationships. In the context of speed being of the essence, part of the work that this informal group is dealing with is how Saskatoon structures itself as being partner friendly and ready when others are ready.

We have already started on some of this work, and I suspect that Jodi will be authoring a fair bit of it.

The Chairman: Is it a fair conclusion that you are more than a little supportive of what Dr. Friesen is doing? We are just trying to get feedback. We had a terrific presentation from him. You are one of the groups that I presume he wants to be supportive. Are you supportive of what he is doing?

Mr. Smith-Windsor: Perhaps I can ask Mr. Dutchak to answer, with his own level of enthusiasm.

Mr. Dave Dutchak, President, Saskatoon and District Chamber of Commerce: I attended a conference last fall of which WD was one of the co-sponsors, the Kansai Conference, with a health networking process. Kobe, Japan has become very aggressive in creating a medical health park and collaborating, as Kent has mentioned, in the elements of research, clinical, and business industry. Those three elements are quarterbacking our process. Our vision is that there are many opportunities that can be offered worldwide, opportunities that others have on their radar screen that can be executed, and that health care is an economic element, not only a function of protecting and serving our people.

Mr. Smith-Windsor: Yes, we are wildly enthusiastic.

The Chairman: "Partnerships" is the buzzword of the first decade of this century, and it is used in a variety of contexts. I notice that you have used the word in several places. You have talked about health care partnerships; you have talked about a partner-based vision.

Can you translate that from a semi-slogan into something that I can operationalize in my mind?

Mr. Smith-Windsor: There is a living example that is now under negotiation between Saskatoon District Health and the medical college of the University of Saskatchewan. Similar relationships are being explored in Calgary and Edmonton, and they are now starting to talk about how they might expand beyond that.

Mme Blackwell: Nous arrivons justement d'une réunion tenue ce matin. Nous avons un groupe très informel de gens qui se réunissent et qui sont très passionnés à ce sujet, y compris des gens de DEO — comment vous l'expliquer?

M. Smith-Windsor: Notre groupe informel participe très activement au modèle Friesen. En fait, les travaux de Jodi l'amènent à s'occuper des discussions qui se tiennent à Saskatoon.

Un des points de décision auxquels nous faisons face — au moment où se présente l'occasion, très prometteuse, de construire un noeud de réseaux de recherche dignes de ce nom, si vous me permettez d'employer le terme, partout dans l'Ouest du Canada —, c'est qu'il faut la patience nécessaire pour cultiver les relations en question. Dans un contexte où la vitesse prime, une partie du travail du groupe informel consiste à déterminer comment Saskatoon se structure pour être favorable aux partenariats et être prête quand les autres seront prêts.

Nous avons déjà entamé une partie de ce travail, et je soupçonne que Jodi, pour une assez grande part, en sera l'auteur.

Le président: Peut-on conclure que vous appuyez sans réserve le projet de M. Friesen? Nous essayons simplement d'obtenir des échos. Nous avons eu droit à un excellent exposé de sa part. Vous faites partie des groupes dont il souhaite, je présume, avoir l'appui. Appuyez-vous ce qu'il fait?

M. Smith-Windsor: Je pourrais demander à M. Dutchak de répondre à la question, avec son propre niveau d'enthousiasme.

M. Dave Dutchak, président, Chambre de commerce de Saskatoon: L'automne dernier, j'ai assisté à une conférence qui était parrainée en partie par DEO, la conférence de Kansai, sur un processus de réseautage pour le domaine de la santé. La ville de Kobe, au Japon, a pris des mesures énergiques et a créé un «parc de la santé», et collabore, comme Kent l'a mentionné, aux dimensions de la recherche, de la clinique et du commerce. Ces trois éléments sont ce qui motivent notre démarche. Notre vision, c'est qu'il existe de nombreuses occasions qui peuvent être offertes partout dans le monde, occasions que d'autres entrevoient comme réalisables, et les soins de santé représentent un élément économique et non seulement une fonction qui consiste à protéger et à servir les gens.

M. Smith-Windsor: Oui, nous débordons d'enthousiasme.

Le président: «Partenariat», voilà le mot à la mode au tournant du XXI^e siècle; il sert dans toutes sortes de contexte. J'ai remarqué que vous avez employé le terme à plusieurs reprises. Vous parlez de partenariats dans le domaine de la santé; vous parlez d'une vision fondée sur le partenariat.

Pouvez-vous expliquer cela pour que cela ne soit non plus un slogan, mais quelque chose que je peux saisir concrètement?

M. Smith-Windsor: En ce moment même, il y a un exemple patent qui fait l'objet de négociations entre Saskatoon District Health et le collège médical de l'Université de la Saskatchewan. Des relations semblables sont envisagées pour Calgary et Edmonton, et on commence maintenant à parler de la manière d'aller même au-delà de cela.

Those are very fragmentary discussions. What we are trying to demonstrate is something that business brings to the table, understanding collaborative relationships. We are exploring how to find mutual benefit.

I think that is the ingredient we bring to the table. I have given you one example. There are several.

The Chairman: When you do that, somebody has to be in charge. Is the business side in charge, is the academic side in charge, or is the community clinic in charge?

Mr. Smith-Windsor: Everybody wins. There is no team captain because everybody has a role to play.

Think of a symphony, for example — however, we do not have a conductor. We just know that we want to make music. We know that the trombones take the lead from time to time, and then the violins take the lead. What know that the chairs have to be arranged properly, and that not everyone can be the star all the time.

I consider our role to be that of a stage manager. The health opportunities committee is, in fact, within the structure of the Saskatoon and District Chamber of Commerce, but I consider ourselves as being a stage manager rather than a team captain.

Mr. Dutchak: Three years ago, when M.D. Ambulance became involved —

The Chairman: Let me just interrupt you for a moment. Your company provides ambulance service to the Saskatoon Regional Health Authority; right?

Mr. Dutchak: To the Saskatoon Health District, yes, on a contract basis. So that partnership culture, and understanding where a partnership has to be mutually beneficial to be successful and to exist is, I think, what was brought to the table when I started with the chamber of commerce.

The process right now — this is a great question because it is a very virtual culture right now. The partnership culture is growing in a way that is quite innocent and quite healthy.

Does the partnership have to have more structure at some point in time? Maybe, maybe not. However, the three entities, at their highest level, including the president of the university, have come together to say, "Let us create this thing." It is still a "thing," because we are still in the process of defining it.

We want to create world-class health services. We want to be open for business. Living within the context of the Canada Health Act, we want to see health as an economic driver, not only as an element to protect and to support our people where and when we can.

Ce sont des discussions très fragmentaires. Ce que nous essayons de démontrer, c'est une chose que le monde des affaires met à contribution, la compréhension de relations axées sur la collaboration. Nous explorons la situation pour voir s'il est possible d'établir des avantages réciproques.

Je crois que c'est là l'ingrédient que nous mettons dans la sauce. Je vous en ai donné un exemple. Il en existe plusieurs.

Le président: Quand vous faites cela, quelqu'un doit avoir le dernier mot. Est-ce l'entreprise qui a le dernier mot, est-ce l'université qui a le dernier mot ou encore est-ce la clinique communautaire?

M. Smith-Windsor: Tout le monde gagne. Cette équipe n'a pas de capitaine, car tout le monde a un rôle à jouer.

Prenez pour exemple un orchestre symphonique. Le nôtre, toutefois, n'a pas de chef d'orchestre. Tout ce que nous savons, c'est que nous voulons faire de la musique. Nous savons que les trombones mènent le bal une fois de temps en temps, et ensuite que les violons prennent le relais. Nous savons qu'il faut disposer les chaises d'une bonne façon et que personne ne peut être la vedette tout le temps.

J'estime que notre rôle s'apparente à celui du régisseur au théâtre. Le comité des possibilités dans le domaine de la santé s'inscrit, de fait, dans la structure de la Chambre de commerce de Saskatoon, mais j'estime que nous sommes le régisseur de la chose, plutôt que le capitaine de l'équipe.

M. Dutchak: Il y a trois ans, à l'époque où M.D. Ambulance est entré en jeu?

Le président: Permettez-moi de vous interrompre pour un instant. Votre entreprise fournit le service d'ambulance à la Saskatoon Regional Health Authority, n'est-ce pas?

M. Dutchak: Au Saskatoon Health District, oui, c'est un travail à contrat. Et c'est cette culture fondée sur le partenariat, cette compréhension du fait qu'un partenaire doit apporter des avantages de part et d'autre pour être justifié et exister, qui, selon moi, est apparue à la table au moment où j'ai commencé mon travail à la chambre de commerce.

Le processus, en ce moment — c'est une excellente question parce qu'il s'agit d'une culture très virtuelle en ce moment. La culture du partenariat croît d'une façon tout à fait innocente et très saine.

Le partenariat doit-il se résumer à autre chose qu'à une structure à un moment donné? Peut-être que oui, peut-être que non. Par contre, les trois entités, aux échelons les plus élevés, notamment celui de président de l'Université, doivent se réunir et dire: «Créons cette chose.» C'est encore une «chose», puisque nous sommes en train de la définir.

Nous voulons créer des services de santé de calibre international. Nous voulons ouvrir nos portes. Dans le contexte de la Loi canadienne sur la santé, nous voulons que la santé devienne un moteur économique, et non seulement un élément pour protéger et soutenir les gens, là où nous pouvons et au moment où nous pouvons le faire.

That is our mission and we will seek ideas from across the world to help achieve that, to determine how we can be involved in that equation. As a result of the virtual relationship I talked about, some really good stuff is happening, and we are respectful of that culture.

Senator Morin: I have been through your document, which talks about the health care opportunities committee and some clear objectives, but as far as I can understand you still do not have specific programs you can talk about. Am I right in saying that?

Before you answer, let me put my second question.

We were all impressed by Mr. Friesen's presentation. I was familiar with his work because he had sent me information about setting up centres of excellence throughout Western Canada, doing not only basic research but running clinical trials and research on health care systems, to be sure that health care delivery is improving — placing a great emphasis, and with reason, on a health information systems, which is one of the most serious problems we are facing now in our health care system.

If in Western Canada there is a big push for that, the rest of the country will certainly profit, accenting the commercialization of all the discoveries and innovations that are made.

What I cannot understand is why you do not push in the same direction, the direction of Mr. Friesen's work, instead of going a different way. This appears to me to be such an exciting program, one that will profit all of Western Canada as well as the rest of the country. It will be a trailblazer and will be a model for the rest of the country. The issues that were highlighted to us yesterday are issues that the rest of the country is facing. No one is addressing them currently as clearly and as decisively as the group we heard yesterday morning.

Mr. Smith-Windsor: With regard to the work of the Friesen initiative, we have been intimately involved and have tried to champion the relationships. There is another word that is used frequently, and that is "silos." Building porous silos is something that businesses are good at; sometimes institutions are not.

We have helped them have a culture that allows them to deal with groundbreaking experiments in structure. The hypothesis is how do we build a world-class health care system within the constructs of a Canada Health Act in a dramatically changing world relating to technology and expectations of Canadians on health? Therefore, yes, the Friesen model is an important one.

We have some specific examples. With the support of the federal government and the provincial government, some great leadership from the University of Saskatchewan, I can point to the synchrotron initiative. Our very first health conference resulted in a memorandum of understanding between the SPring-8 synchro-

Voilà notre mission, nous allons rechercher de par le monde les idées qui permettront de la concrétiser, de déterminer notre place dans cette équation. Du fait de la relation virtuelle dont je parlais, il y a de très bonnes choses qui se passent, et nous sommes respectueux de cette culture.

Le sénateur Morin: J'ai parcouru votre document, qui traite du comité des possibilités dans le domaine de la santé et expose certains objectifs clairs, mais d'après ce que j'ai vu, vous n'avez pas encore de programme précis. Ai-je raison de tirer cette conclusion?

Avant de répondre, permettez-moi de vous poser une deuxième question.

Nous avons tous été impressionnés par l'exposé de M. Friesen. Je connaissais déjà son travail parce qu'il m'avait transmis des renseignements sur l'établissement de centres d'excellence partout dans l'Ouest du Canada, non seulement pour la recherche fondamentale, mais aussi pour les essais cliniques et la recherche sur les systèmes de santé, pour être sûr que la prestation des soins de santé s'améliore — en mettant l'accent davantage, et à juste titre, sur les systèmes d'information sur la santé, là où se pose l'une des difficultés les plus importantes auxquelles nous faisons actuellement face en ce qui concerne notre propre système de santé.

Dans l'Ouest du Canada, il y a tout un mouvement à cet égard, qui pourrait certainement profiter au reste du pays, qui accentue la commercialisation de toutes les découvertes et innovations.

Ce que je n'arrive pas à comprendre, c'est pourquoi vous ne poussez pas dans le même sens, dans le sens des travaux de M. Friesen, plutôt d'opter pour un chemin différent. Cela me semble être un programme à ce point prometteur, programme qui profitera à tout l'ouest du Canada aussi bien qu'au reste du pays. Il fera œuvre de pionnier et servira de modèle au reste du pays. Les questions que vous avez mises en lumière pour nous hier sont des questions auxquelles fait face le reste du pays. Personne ne s'y attache actuellement avec autant de clarté et de fermeté que le groupe que nous avons entendu hier matin.

M. Smith-Windsor: Pour ce qui est du travail lié au projet Friesen, nous avons collaboré de près à cela et avons essayé de nous faire les défenseurs des relations en question. Il y a un autre terme qui est souvent employé, celui de «silos». Construire des «silos poreux», voilà une activité à laquelle excellent les entreprises; ce n'est pas toujours le cas des établissements.

Nous les avons aidés à mettre en place une culture qui leur permet de traiter avec des expériences tout à fait novatrices en ce qui concerne la structure. La question qui se pose est la suivante: comment édifier un système de santé de calibre international dans les limites conceptuelles de la Loi canadienne de la santé, dans un monde qui connaît une évolution importante en ce qui concerne la technologie et les attentes des Canadiens en matière de santé? Par conséquent, oui, le modèle Friesen est important.

Nous avons des exemples précis à donner. Avec le concours du gouvernement fédéral et du gouvernement provincial, et un excellent leadership de la part de l'Université de la Saskatchewan... je veux évoquer le projet de synchrotron. Notre toute première conférence sur la santé a débouché sur un protocole

tron in Kobe and the University of Saskatchewan CLS piece. The significance of this is that there are three nodes that are aspiring to deal with medical imaging potential within the synchrotron — one in Japan, one in Grenoble, France, and one here in Saskatoon.

The SPring-8 people came here because of the health opportunities conference that was convened under our leadership. The people from Grenoble came here because a week later; they could not attend the original conference. That is a significant opportunity.

We are now exploring relationships in England, in a similar opportunity. This is a territory that we can own for North America, should we choose to do so. That is just one piece.

Mr. Dutchak is very Canadian — he is not very good at boasting. He was in Kobe because he was dealing with leading-edge technology in terms of emergency measures response on wireless technology for health protocols. He was exploring potential partnerships to deal with that technology.

We were in a meeting yesterday afternoon with TRILabs to talk about a project that might transfer into Asia. These are global opportunities that we are trying to pursue. However, the world moves quickly and as such the Asian opportunity will not wait for Saskatoon or Saskatchewan or the considered opinions around the Friesen group to be decided upon to pursue the opportunity.

If we wait for the structures to emerge, many of these opportunities will be presented to someone else.

Senator Morin: The examples you cite are very important; too bad they could not have been part of the report. I had the impression this was all theory, so I am pleased to see it.

The synchrotron issue is very important. Incidentally, Canada is extremely weak in the area of imaging and that type of technology. There is almost nothing happening in that area in Canada. Therefore, I am quite excited to see that you are taking the lead here, with reason. I am very happy to see that Saskatoon is taking the lead here.

In your written presentation, under "Part III: Partnering with the Aboriginal Community," do you have anything specific on that issue?

Mr. Smith-Windsor: Build trust. You are looking for something specific, but the relationships are really basic.

Our first vice-president is a gentleman by the name of Lester Lafond, who has been involved in the chamber for many, many years. Mr. Lafond took huge risks to reach outside of his community and into our business community. He has been involved, along with a gentleman by the name of Ron Kocsis, from Kocsis Transport, who is also on our board of directors, in the establishment of the Saskatoon Aboriginal employment and

d'entente conclu entre les responsables du synchrotron SPring-8, à Kobe, et les responsables du synchrotron CLS de l'Université de la Saskatchewan. L'importance de cela, c'est qu'il y a trois noeuds qui aspirent à exploiter les possibilités du synchrotron pour ce qui est de l'imagerie médicale — un au Japon, un à Grenoble, en France, et un ici, à Saskatoon.

Les gens de SPring-8 sont venus ici parce qu'il y avait la conférence sur les possibilités dans le domaine de la santé qui a été convoquée sous notre direction. Les gens de Grenoble sont venus ici une semaine plus tard; ils ne pouvaient assister à la conférence. Il y a là une occasion importante.

Nous étudions actuellement la possibilité d'établir des liens en Angleterre, pour une occasion semblable. C'est un territoire que nous pouvons occuper pour l'Amérique du Nord, si nous choisissons de le faire. Ce n'est qu'un exemple.

M. Dutchak est très canadien: il a de la difficulté à vanter ses propres mérites. Il était à Kobe pour s'occuper d'une technologie dernier cri prévue pour les interventions en situation d'urgence — une technologie sans fil pour les protocoles en matière de santé. Il explorait les possibilités de partenariats en rapport avec cette technologie.

Nous avons eu hier après-midi une réunion avec les gens de TRILabs pour parler d'un projet qui pourrait être transféré en Asie. Il s'agit ici de possibilités mondiales que nous essayons d'exploiter. Par contre, le monde bouge rapidement, et l'occasion en Asie n'attendra pas Saskatoon ou la Saskatchewan ou les avis réfléchis du groupe Friesen.

Si nous attendons que les structures apparaissent, nombre des occasions dont il est question seront proposées à quelqu'un d'autre.

Le sénateur Morin: Les exemples que vous donnez sont très importants; il est dommage qu'ils n'aient pu faire partie du rapport. J'avais l'impression que tout cela était théorique, je suis donc heureux de constater que c'est là.

La question du synchrotron est très importante. Soit dit en passant, le Canada est extrêmement faible dans le domaine de l'imagerie et des technologies de ce genre. Il n'y a presque rien qui se passe de ce côté-là au Canada. Je suis donc très heureux de voir que vous décidez de prendre les rênes de l'affaire ici, et avec raison. Je suis très heureux de voir que Saskatoon prend les rennes de l'affaire ici.

Dans votre mémoire, sous la rubrique concernant les partenariats avec la communauté autochtone, la partie III... avez-vous quelque chose de précis à dire à ce sujet?

M. Smith-Windsor: Faire que la confiance s'accroisse. Vous voulez que je vous parle d'un projet précis, mais il s'agit ici de relations assez fondamentales.

Notre premier vice-président s'appelle Lester Lafond, qui travaille à la chambre depuis un très grand nombre d'années. M. Lafond a couru des risques énormes en sortant de la communauté pour pressentir le monde des affaires, le nôtre. Il a participé — aux côtés de Ron Kocsis, de Kocsis Transport, qui fait également partie de notre conseil d'administration — à l'établissement du Saskatoon Aboriginal Employment and Busi-

business opportunities partnership. We hate the name, but it describes what they do.

Those types of relationships have to be established. You hear about aspirations to use some of the health incidences in the Aboriginal community to do research. How have we talked about the aspirations of the Aboriginal community in terms of how they will be involved in those health systems?

Mr. Dutchak has worked hard to structure relationships on safety in training protocols in a groundbreaking partnership between himself and the Saskatoon Tribal Council. It all builds on trust.

Mr. Dutchak: Following our conference last year, there was an announcement in our community to establish a health centre and nephrology services. On the renal research and transplant side, by far the majority of renal issues and transplants are in Aboriginal communities. Hence, as we build this world centre of excellence in the different disciplines, the renal component can be a worldwide leader in that research and in the Aboriginal community.

Once the train is heading in a particular direction, as partners who are on that train, opportunities to load it with what has to be shipped to wherever can occur. However, if the partners are not it is not possible to capitalize on those opportunities. That is what we have started since our conference. The work we have done locally is to nurture projects and announcements like this.

Senator Keon: Mr. Dutchak, I noticed in passing that you used the expression "health park." Were you referring to a health sciences park or a health sciences industrial park of the nature that I think we first saw around Oxford and Cambridge in England — they have also grown in America, and there are a few of them in Canada — where fundamentally the scientists of the medical schools and hospitals link up with industrial partners in the business communities that provide these industrial parks to move products out to market and so forth?

Was this the contribution to the sort of western health science alliance that you were thinking about? I am just trying to read where you are coming from here.

Mr. Dutchak: I shall begin, and then my colleague can add to what I have said.

The two things we must focus on is the courage to move ahead on the health file and understand the brand. What are the elements of the health brand that can present worldwide opportunities, to give people solutions from Canada, from Saskatchewan, from Saskatoon?

The dispositions of cultures and health parks are integral elements to becoming worldwide. When the outside looks in and says, "Do you have all the players on the team and the culture to make those things happen?" we have to be able to say yes. We cannot have a minor-league mindset.

ness Opportunities Partnership. Nous détestons le nom, mais il a l'avantage de décrire ce que fait le groupe.

C'est ce genre de relations qui doit être établies. Vous entendez dire que des gens, étant donné certains éléments qui caractérisent la santé de la communauté autochtone, aspirent à faire de la recherche. Avons-nous même abordé les aspirations de la communauté autochtone pour ce qui est de leur participation aux systèmes de santé en question?

M. Dutchak a travaillé dur pour structurer les relations en fonction de la sécurité des protocoles de formation dans le cadre d'un partenariat tout à fait novateur entre lui-même et le Conseil tribal de Saskatoon. Tout se construit sur les mêmes fondements: la confiance.

M. Dutchak: À la suite de notre conférence, l'an dernier, l'établissement d'un centre de santé et de services de néphrologie dans notre communauté a été annoncé. Du côté de la recherche sur les reins et les greffes, la grande majorité des problèmes et des greffes concerne les communautés autochtones. Pendant que nous construisons ce centre d'excellence mondial dans les diverses disciplines en question, la composante rénale peut être un chef de file mondial pour cette recherche et pour la communauté autochtone.

Une fois le train parti dans une direction particulière, en tant que partenaire à bord du train, nous constatons qu'il y a des occasions de charger ce qui doit être expédié. Toutefois, si les partenaires ont quitté le train, il n'est pas possible de tirer parti de ces occasions. C'est ce que nous avons mis en œuvre depuis notre conférence. Notre travail local a consisté à ainsi cultiver les projets et faire des annonces.

Le sénateur Keon: Monsieur Dutchak, j'ai remarqué que vous avez utilisé l'expression «parc de la santé». Faisiez-vous allusion à un parc des sciences de la santé ou à un parc industriel des sciences de la santé comme ceux que nous avons d'abord vus autour d'Oxford et de Cambridge, en Angleterre — il y en a aussi qui ont été établis en Amérique, et il y en a quelques-uns au Canada — où, essentiellement, les scientifiques de facultés de médecine et d'hôpitaux s'associent à des partenaires industriels du monde des affaires, qui fournissent les parcs industriels en question pour la mise en marché des produits et ainsi de suite?

Est-ce la contribution à une sorte d'alliance occidentale des sciences de la santé que vous envisagez? J'essaie seulement de cerner un peu votre projet.

M. Dutchak: Je vais d'abord répondre, puis mon collègue peut ajouter quelque chose à ce que j'aurai dit.

Les deux éléments sur lesquels nous devons insister sont les suivants: avoir le courage d'aller de l'avant dans le dossier de la santé et comprendre la marque. Quels sont les éléments de la marque de la santé qui peuvent présenter des occasions mondialement, donner aux gens des solutions provenant du Canada, de la Saskatchewan, de Saskatoon?

Les dispositions des cultures et des parcs de la santé sont des éléments intégraux de la mondialisation du projet. Quand les gens de l'extérieur jettent un coup d'oeil et disent: «Y a-t-il là tous les joueurs qui devraient faire partie de l'équipe et la culture nécessaire pour que les choses se fassent?» nous devons être en

That concept is something that we have talked about as recently as this morning. We do have the courage to try to sight what that might mean for our community, a part of the Canadian scene. We have not totally defined that yet, but we will aggressively move to try to do that in a partnership element.

Mr. Smith-Windsor: When our chamber got involved in talking about health, we were involved in a redevelopment of our strategic plan as a chamber of commerce, acknowledging that the world is rapidly changing and that we had better determine how to change fast, too.

The challenge that was presented to our group was that if we were in Baltimore we would be talking about Johns Hopkins University Hospital as a key economic driver. Because we are in a publicly funded health care system, we in the business community have tended to focus on the cost side of this rather than exploring the opportunities. Is a research park, an integrated health science centre, part of the opportunity mix? Absolutely. However, it is not the only answer.

We see some significant opportunities in Saskatoon that build on pieces like the synchrotron, such as the Veterinary Infectious Disease Organization, actual real-life functioning nutraceutical companies that are making profits in this community. Twenty years out, we see convergence being a significant opportunity for Saskatoon.

We want to be a knowledge nexus point in the 21st century. If that requires a building, so be it.

Senator Keon: Probably the greatest success story in this whole field of industrial medicine is in Minnesota, and they did it without an industrial park. It just became a sprawling industrial medical complex. Hence, I do not know that industrial parks are necessary, and they certainly have not all been successful either.

Mr. Dutchak: At last year's conference, Dr. Cal Stiller and Dr. Bernstein talked to us about positioning ourselves to be part of a network nationally. Canada still has the opportunity to lead the world, opportunities as once existed in the 1960s.

This year, there will be speakers from the Medical Alley and from the Mayo Clinic at our conference talking to us about the elements of a world-class health centre, talking to us about collaborating with national partners, our neighbours.

The Chairman: As I hear you, other than effectively encouraging the federal government to get the Friesen proposal off the ground, not at the usual bureaucratic pace but a significantly faster one, there is nothing specifically by way of changing federal policy that you need. You really have the on-the-ground catalyst; you say it has to be run locally, which makes sense. It has to be big enough to cover more than one province, as you say, but the reality is that you are not really

mesure de répondre «oui». Nous ne pouvons avoir une mentalité des lignes mineures.

C'est un concept dont nous avons parlé pas plus tard que ce matin. Nous avons bien le courage qu'il faut pour essayer d'entrevoir la signification de cela pour notre communauté, élément de la scène canadienne. Nous n'avons pas encore bien défini cela, mais nous avons cherché énergiquement à le faire dans le contexte de partenariats.

M. Smith-Windsor: Quand notre chambre de commerce a commencé à traiter de la santé, nous étions en train de refaire notre plan stratégique en tant que chambre de commerce, du fait que le monde change rapidement et qu'il nous faut impérativement déterminer comment nous allons changer rapidement nous aussi.

Le défi qui a été présenté à notre groupe, c'est que si nous nous trouvions à Baltimore, nous devions parler de l'hôpital de l'université Johns Hopkins comme étant un facteur économique clé. Comme nous avons un système de santé grâce aux deniers publics, nous, dans le monde des affaires, avons tendance à privilégier le côté «coût» de l'équation plutôt que d'explorer les autres occasions possibles. Un parc de la recherche, un centre intégré des sciences de la santé, fait-il partie des occasions en question? Tout à fait. Tout de même, ce n'est pas la seule solution.

Nous voyons aussi en Saskatchewan des possibilités importantes qui s'articulent autour de projets comme celui du synchrotron, par exemple la Veterinary Infectious Disease Organization et les sociétés de produits nutraceutiques bien réelles qui font des profits ici. Nous croyons que, dans 20 ans, la convergence représentera une occasion importante pour Saskatoon.

Nous souhaitons établir un pont de convergence du savoir pour le XXI^e siècle. S'il faut un bâtiment pour cela, ainsi soit-il.

Le sénateur Keon: Le plus grand succès connu dans ce domaine est probablement celui du projet de médecine industrielle à Minnesota, où les responsables ont mené à bien leur projet sans parc industriel. C'est simplement devenu un complexe médical industriel tentaculaire. Je ne crois donc pas que le parc industriel soit une nécessité; tous ne se sont d'ailleurs pas révélés fructueux.

M. Dutchak: À la conférence, l'an dernier, MÊME, Cal Stiller et Bernstein ont parlé de l'idée que nous nous positionnions pour faire partie d'un réseau national. Le Canada a encore devant lui la possibilité d'être un chef de file mondial, tout comme c'était le cas dans les années 60.

Cette année, nous allons accueillir des conférenciers du Medical Alley et de la clinique Mayo à notre conférence. Ils vont traiter des éléments d'un centre de santé de calibre international et nous parler de la collaboration avec nos partenaires nationaux, nos voisins.

Le président: Si je comprends bien, outre le fait d'encourager efficacement le gouvernement fédéral à faire décoller le projet Friesen, non pas au rythme bureaucratique habituel, mais à un rythme nettement plus rapide, vous ne demandez aucune modification particulière de la politique fédérale. Vous avez vraiment le catalyseur sur le terrain; vous dites que cela doit être dirigé localement, ce qui a du sens. Cela doit être assez grand pour couvrir plus d'une province, comme vous le dites, mais la réalité,

looking for anything from the federal government, other than down the road if WD gets involved in helping to do the infrastructure of a multi-province organization. There is nothing specific that you need from the federal government; is that right? Is that a fair reading?

Mr. Smith-Windsor: We recognize that the rate of change in this field will be almost unfathomable, so all structures in the future should be designed around the principle that they have to be malleable and dynamic, not rigid. I think that is an operating principle. Certainly, the Friesen model thinks about that. How does one stimulate resilient partnerships? The answer is this: You have to have flexible limbs amongst people rather than rigid structures.

Senator Morin: If there is one area in which the federal government can help, I think it is in research. As you know, the medical college's share of federal funding is not what it should be — there is no doubt about that — and it is not among the top earners of funding. That is a euphemism.

As you know, there is a regional difference in programs. Certain federal programs, such as CIHR, have a good regional component; others, such as CFI, do not. The Canada Research Chairs program is in the middle. Coming from Quebec City, I am a strong supporter of regional programs. Perhaps the government could help in the research area by having stronger regional programs. Saskatoon would certainly benefit from that.

Mr. Smith-Windsor: The best collaborators will win this. Regional imperatives across this country from a nation-building perspective are important, and we should not lose sight of those, but we have to think in terms of those who can adapt to other cultures, opportunities in Asia and Japan.

One of the key strengths of Canadians is their more accommodating style of negotiating than that of our good friends to the South. We have to capture that opportunity. If that means cross-regional or inter-regional or solely regional pieces, wonderful. However, if we think solely in terms of Canada we are really selling ourselves short as to opportunity.

Mr. Dutchak: I think Canada, the partners, governments, federal and provincial, must view the area of health as being a cup half full, not half empty, costing a lot of money and spending being out of control. We have not dealt with the aging population yet, technology, drugs, et cetera. Japan, for example, has empowered its communities: "Get ready to offer solutions, and we will support you." They are getting R&D support, to assist them to be ready to offer health solutions.

c'est que vous ne cherchez à obtenir rien de particulier du gouvernement fédéral, sinon pour plus tard, si jamais DEO s'y engage pour aider à réaliser l'infrastructure d'une organisation multiprovinciale. Il n'y a rien de particulier dont vous avez besoin de la part du gouvernement fédéral, n'est-ce pas? Est-ce que je comprends bien?

M. Smith-Windsor: Nous reconnaissons que le taux de changement dans ce domaine sera presque impossible à connaître, de sorte que les structures, à l'avenir, devraient être conçues autour d'un principe: elles doivent être malléables et dynamiques, et non pas rigides. Je crois que c'est là un principe de fonctionnement qu'il faut adopter. Certes, le modèle Friesen le prévoit. Comment susciter des partenariats qui perdureront? Voici la réponse: il faut des gens et de la souplesse, plutôt que des structures rigides.

Le sénateur Morin: S'il existe un domaine dans lequel le gouvernement fédéral peut apporter de l'aide, je crois, c'est la recherche. Comme vous le savez, la part du gouvernement fédéral dans le financement du collège médical n'est pas ce qu'elle devrait être — il n'y a aucun doute là-dessus — et le collège ne vient pas au premier rang parmi les bénéficiaires de fonds. C'est le moins que l'on puisse dire.

Comme vous le savez, il existe une différence régionale de programmes. Certains programmes fédéraux, par exemple les IRSC, comportent un bon volet régional; ce n'est pas le cas d'autres, comme la FCI. Le Programme des chaires de recherche du Canada se situe entre les deux. Étant originaire de Québec, j'appuie vivement les programmes régionaux. Le gouvernement pourrait peut-être aider le secteur de la recherche en ayant des programmes régionaux plus forts. Saskatoon en bénéficierait certainement.

M. Smith-Windsor: Ce sont les meilleurs collaborateurs qui remporteront la palme. Au Canada, les impératifs régionaux sont importants pour bâtir le pays, et nous ne devrions pas les oublier, mais nous devons penser à ceux qui peuvent s'adapter à d'autres cultures, aux occasions qui se présentent en Asie et au Japon.

Un des principaux points forts des Canadiens, c'est le style de négociation plus conciliant, si on le compare à celui de nos bons amis du Sud. Nous devons saisir cette occasion. Si cela veut dire qu'il y aura des projets interrégionaux ou purement régionaux, c'est merveilleux. Tout de même, si nous pensons uniquement au Canada, nous passons à côté de toutes sortes d'occasions.

M. Dutchak: Je crois que le Canada, les partenaires, les gouvernements, fédéraux et provinciaux, doivent envisager le domaine de la santé comme étant un verre à moitié plein, et non pas à moitié vide, et qui coûte beaucoup d'argent et où les dépenses deviennent excessives. Nous n'avons pas encore traité avec une population vieillissante, la technologie, les médicaments et ainsi de suite. Le Japon, par exemple, a habilité ses collectivités: «Préparez-vous à proposer des solutions, et nous allons vous appuyer.» Elles obtiennent des appuis du côté de la R-D, pour les aider à concevoir des solutions dans le domaine de la santé.

The government must say that Canada can become worldwide leading partners in health delivery models, in research, and we will support that initiative. We need that support, that culture of saying, "Go do it." I saw it in Japan, where they have the largest synchrotron in the world. In fact, they have one the size of ours, a little brother to their big one. When they are signing MOUs with us on medical imaging, we are onto something. If we do not capitalize on that opportunity, we will miss out. That is just one example.

The government has to send the message that we can do this. It has to say, "Let's offer worldwide solutions; let's be ready and open for business." We need to have those benefits come back to our communities, both financially and clinically, and through research, as well, of course.

The Chairman: In closing, may I just ask a layman's question, for the record? What does a synchrotron do?

Mr. Smith-Windsor: It is a very good microscope.

The Chairman: Thank you. That is the level of technical competence I can grasp.

Senator Morin: It is the only one in the country. Are there 10 in the world?

Mr. Smith-Windsor: There are about four of this generation. There are several synchrotrons, but as each new technology evolves we are dealing with second generation, third generation, and fourth generation.

Senator Morin: It is a very unique and very powerful instrument. It is quite exciting that it should be in Saskatoon.

The Chairman: Is it up and operating?

Mr. Smith-Windsor: It will be, as of 2004. They are already exploring partnerships. Speed does matter in this business. People in Japan are experimenting with tabletop models of synchrotrons for medical imaging purposes.

Mr. Dutchak: The synchrotron will replace the MRI, as the MRI replaced the CAT scan.

Senator Morin: But more expensive.

Mr. Dutchak: Of course. However, that is where that new generation is heading, and we have it. I am sure this committee would love — and I can provide the ambulance to do it — to get over to our university for a tour.

Mr. Smith-Windsor: That is only one dimension of this. This imaging piece represents one of 40 opportunities from the synchrotron, each of them being leading edge. We did not talk about the nanotechnology piece. There is a definite thrust relating to protein crystallography that will create the designer drugs of the future.

The health applications are mind-boggling, and you are still only talking about 10 per cent of the potential of this "really good microscope."

Mr. Dutchak: Sony — and I forget the other one that was there.

Le gouvernement doit dire que le Canada peut devenir un partenaire chef de file mondial des modèles de prestation de services de santé, de la recherche, et nous allons appuyer cette initiative. Nous avons besoin de cet appui, de cette culture qui fait dire: «Allez, foncez.» Nous avons vu cela au Japon, où l'on dispose du plus grand synchrotron qui se trouve dans le monde. De fait, ils en ont un de la taille du nôtre, le petit frère de leur gros. Quand ils concluent avec nous des protocoles d'entente sur l'énergie médicale, voilà quelque chose d'intéressant. Si nous ne profitons pas de cette occasion, nous allons passer à côté. Ce n'est là qu'un exemple.

Le gouvernement doit faire savoir que nous sommes capables de faire cela. Il doit dire: «Proposons des solutions mondiales; soyons prêts à faire des affaires.» Nous avons besoin de ces avantages dont profiteraient nos collectivités, sur le plan financier et clinique, et la recherche aussi, bien sûr.

Le président: Pour terminer, puis-je poser simplement une question de profane? Qu'est-ce que cela fait, un synchrotron?

M. Smith-Windsor: C'est un très bon microscope.

Le président: Merci. C'est le niveau de compétence technique que je suis en mesure de saisir.

Le sénateur Morin: C'est le seul au pays. Y en a-t-il dix dans le monde entier?

M. Smith-Windsor: Il y en a environ quatre, de cette génération. Il existe plusieurs synchrotrons, mais au fil de l'évolution de chaque technologie nouvelle, on se retrouve avec la deuxième, la troisième, la quatrième génération.

Le sénateur Morin: C'est un instrument très unique et très puissant. Qu'il se trouve à Saskatoon, c'est très stimulant.

Le président: Est-il en marche?

M. Smith-Windsor: Il le sera, à compter de 2004. On explore déjà des partenariats. La vitesse compte dans ce domaine. Les gens au Japon font l'expérience de modèles portatifs de synchrotron s aux fins de l'imagerie médicale.

M. Dutchak: Le synchrotron va remplacer l'IRM, tout comme l'IRM a remplacé le tomodesitomètre.

Le sénateur Morin: Mais il coûte plus cher.

M. Dutchak: Bien sûr. Tout de même, voilà la nouvelle génération, et nous en avons un. Je suis sûr que le comité adorerait — et je peux fournir l'ambulance pour s'y rendre — aller à notre université pour y faire une visite guidée.

M. Smith-Windsor: Cela n'est qu'une dimension. Ce projet d'imagerie ne représente que l'une des 40 occasions qui sont associées au synchrotron, dont chacune est à l'avant-garde. Nous n'avons pas parlé du projet de nanotechnologie. Il existe certainement un mouvement en faveur de l'utilisation de la cristallographie (pour les protéines), pour la création de médicaments sur mesure à l'avenir.

Les applications possibles dans le domaine de la santé dépassent l'entendement, et on ne parle encore que de 10 p. 100 du potentiel de ce «très bon microscope».

M. Dutchak: Sony — et j'oublie l'autre qui était là.

Mr. Smith-Windsor: Kawasaki has one.

Mr. Dutchak: Sony was doing the testing in Japan when I was there, from the commercial side. Therefore, besides health, it has wider applications.

The Chairman: Thank you for being here. I must say that your enthusiasm is wonderfully infectious. Good luck.

Mr. Dutchak: I want to say that on the way back from the Canadian Chamber of Commerce AGM, we read one of your articles in the paper there and it was quite refreshing to hear the content of what was discussed that day with our colleagues across Canada.

The Chairman: Thank you very much.

Senators, our next panel consists of Ms Sherry McKinnon, who is the Executive Director of the Arthritis Society of Saskatchewan, and Randy Goulden, representing the Canadian Parks and Recreation Association.

Ms Sherry McKinnon, Executive Director, Arthritis Society of Saskatchewan: First, on behalf of the Arthritis Society, I would like to acknowledge our appreciation and thank you for allowing me to be here today to express my comments.

Today, I would like to briefly outline some of the issues surrounding arthritis, which are the following: the fact that arthritis is a costly and serious disease; the importance of early diagnosis and education, and the implementation of a disease-coping and management program; access to medical professionals who treat arthritis; and access to and cost of medications.

To start, I would like to provide some information on arthritis. Today, more than 4 million Canadians have one of the 100 different forms of arthritis. Prevalence rates of people affected by osteoarthritis are 1 in 10 individuals, resulting in 2,930 thousand individuals in Canada having that form of arthritis. Rheumatoid arthritis affects 1 in 100 individuals, resulting in 819,000 Canadians having this form of arthritis. Juvenile arthritis affects 1 in 1,000, resulting in 6,300 children suffering from arthritis.

Arthritis is the third most frequent reason for prescription drug use in Canada. In 1992, Canadian doctors wrote nearly 29 million prescriptions for arthritis medications. Arthritis is the second most frequent reason for non-prescription drug use. Arthritis is one of the most frequent reasons for consulting a doctor in Canada. Arthritis is the most common cause of disability in Canada.

Arthritis and musculoskeletal diseases are ranked second among the four most costly illnesses in Canada, just slightly behind cardiovascular disease and well ahead of costs associated with cancer and injuries. Arthritis and other musculoskeletal diseases cost \$17.8 billion.

Arthritis is a serious problem and a growing one. Arthritis ranks high as a cause of illness, disability and health care use. The incidence of arthritis in Canada's aging population is poised to become a health care issue of critical importance.

M. Smith-Windsor: Kawasaki en a un.

M. Dutchak: Sony faisait des tests au Japon au moment où j'y étais, du côté commercial. Il y a donc d'autres applications, outre la santé.

Le président: Merci d'être là. Je dois dire que votre enthousiasme se communique merveilleusement. Bonne chance.

M. Dutchak: J'aimerais dire qu'en revenant de l'assemblée générale annuelle de la Chambre de commerce du Canada, nous avons lu un de vos articles qui se trouve là, et c'était rafraîchissant d'entendre parler de ce dont nous avons discuté ce jour-là avec nos collègues de tout le Canada.

Le président: Merci beaucoup.

Sénateurs, notre prochain groupe de témoins compte Mme Sherry McKinnon, directrice exécutive de la Société d'Arthrite de la Saskatchewan, et Randy Goulden, qui représente l'Association canadienne des loisirs et des parcs également.

Mme Sherry McKinnon, directrice exécutive, Société d'Arthrite de la Saskatchewan: D'abord, au nom de la Société d'Arthrite, je tiens à vous faire part de notre reconnaissance et de vous remercier de me permettre de venir faire part aujourd'hui, ici, de mes observations.

Aujourd'hui, j'aimerais exposer brièvement certaines questions qui touchent l'arthrite, c'est-à-dire les suivantes: le fait que l'arthrite représente une maladie coûteuse et grave; l'importance d'une action rapide quant au diagnostic et à l'éducation, et la mise en oeuvre d'un traitement de la maladie et d'un programme d'adaptation; l'accès aux professionnels de la médecine qui traitent l'arthrite; et l'accessibilité et le coût des médicaments.

Pour commencer, je vais vous donner quelques renseignements sur l'arthrite. Aujourd'hui, plus de 4 millions de Canadiens souffrent de l'une des cent formes d'arthrite qui existent. Une personne sur dix souffre d'arthrose, ce qui représente 2 930 000 Canadiens. Une personne sur 100 souffre de polyarthrite rhumatoïde, ce qui représente 819 000 Canadiens. Une personne sur 1 000 souffre d'arthrite juvénile, ce qui donne 6 300 enfants qui souffrent d'arthrite.

L'arthrite vient au troisième rang pour les médicaments d'ordonnance au Canada. En 1992, les médecins canadiens ont rédigé presque 29 millions d'ordonnances de médicaments contre l'arthrite. L'arthrite vient au deuxième rang pour les médicaments en vente libre. L'arthrite est l'une des raisons qui motivent le plus souvent la consultation d'un médecin au Canada. L'arthrite est la cause d'invalidité la plus courante au Canada.

L'arthrite et les affections musculo-squelettiques figurent parmi les quatre maladies les plus coûteuses au Canada, tout juste derrière les maladies cardiovasculaires et bien en avant, du point de vue des coûts, du cancer et des blessures. L'arthrite et les autres affections musculo-squelettiques coûtent 17,8 milliards de dollars.

L'arthrite est un problème grave et un phénomène en croissance. L'arthrite figure dans les premiers comme cause de maladie, d'invalidité et de recours aux soins de santé. Le taux de fréquence de l'arthrite au sein de la population vieillissante du

Honourable senators, it is time to stop treating arthritis as just an ache or a pain and make it an important part of the health care agenda.

The Arthritis Society recognizes the importance of early diagnosis, treatment and implementation of a disease-management program and the major impact they have on the function and quality of life for people with arthritis. Much of joint damage in rheumatoid arthritis occurs in the first two years of the onset of the disease, which is why early diagnosis and treatment is critical. These factors can help prevent irreparable damage and major economic loss.

The Chairman: Rather than read verbatim all the next five or six pages, can you sort of hit the highlights, because I want to make sure we have time to ask you questions.

Ms McKinnon: Sure.

The health care system needs to recognize the importance of early diagnosis for arthritis.

Maybe I will just read the next couple of paragraphs because I think they actually summarize a lot of what I would like to say.

The Arthritis Society would like to see a health care system that no longer sends individuals home not knowing what kind of arthritis they have, and tells them there is nothing they can do. We would like to see a system where the primary health care workers utilize a proactive and integrated approach that provides the patient with the information and supportive services required to become an active participant in disease management.

I cannot emphasize the importance of changing the attitude of primary health care providers. They are on the front lines and play a key role in early diagnosis of the disease. We must convince these workers that arthritis is serious and that an aggressive approach is required.

Educating patients with arthritis to take responsibility for their disease management is vital. Given that the number of individuals with arthritis is expected to double over the next 20 years, we must pay to fix the problem now, or pay later.

A key point with arthritis is that early diagnosis plays an important part in the result of the disease. Early detection allows a patient to be put on a disease-management program. This is to the patient's benefit. We know that the deterioration of joints can be prevented if people are educated about their disease and implement an early disease-management program.

It is important to change the philosophy in health care right now, which is that it is just an ache or a pain and we will deal with arthritis when it becomes serious later on. It is important for us to recognize that something can be done now.

Canada est sur le point de devenir une question d'une importance capitale.

Honorables sénateurs, le moment est venu de cesser de traiter l'arthrite comme une simple douleur et d'en faire un élément important de notre programme d'action en matière de santé.

La Société d'Arthrite reconnaît l'importance du diagnostic précoce, du traitement et de la mise en oeuvre d'un programme de gestion thérapeutique, et l'impact majeur qu'ils ont sur le fonctionnement et la qualité de vie de personnes souffrant d'arthrite. Une part importante des dommages occasionnés aux articulations par l'arthrite rhumatoïde ont lieu au cours des deux premières années de la maladie, ce qui explique pourquoi le diagnostic précoce et le traitement rapide sont cruciaux. Ces facteurs peuvent contribuer à prévenir des dommages irréparables et d'importantes pertes économiques.

Le président: Au lieu de lire les cinq ou six prochaines pages, pourriez-vous nous présenter les points saillants, car j'aimerais m'assurer que nous aurons le temps de poser des questions.

Mme McKinnon: Certainement.

Le système de soins de santé doit reconnaître l'importance du diagnostic précoce de l'arthrite.

Je tiens à lire les prochains paragraphes, car je crois qu'ils résument une grande partie de ce que j'aimerais dire.

La Société d'Arthrite rêve d'un système de soins de santé où l'on ne renvoie pas une personne chez elle sans lui préciser de quel type d'arthrite elle souffre, et où on ne lui dit pas qu'il n'y a rien à faire. Nous aimerions voir un système où les travailleurs du secteur des soins de santé primaires utilisent une approche proactive et intégrée qui procure au patient l'information et les services de soutien dont il a besoin pour devenir un participant actif du traitement de l'affection.

On ne saurait trop insister sur l'importance de changer l'attitude des fournisseurs de soins de santé primaires. Ils sont aux premières loges, et ils jouent un rôle clé dans le diagnostic précoce de la maladie. Nous devons convaincre ces travailleurs que l'arthrite est un grave problème et qu'il faut réagir avec vigueur.

Il est essentiel d'apprendre aux patients arthritiques à se charger de leur traitement. Compte tenu du fait qu'on s'attend à ce que le nombre de personnes souffrant d'arthrite double au cours des 20 prochaines années, nous devons payer pour résoudre le problème maintenant, ou en assumer les conséquences plus tard.

Le diagnostic précoce influe de façon importante sur les progrès de la maladie, et c'est un point clé. Le repérage rapide permet à un patient de prendre part à un programme de gestion thérapeutique, ce qui est tout à son avantage. Nous savons que la détérioration des articulations peut être évitée si une personne est bien informée sur sa maladie et participe rapidement à un programme de gestion thérapeutique.

Il est important de changer la philosophie actuelle en matière de soins de santé selon laquelle l'arthrite n'est qu'une douleur, et qu'on s'en préoccupera lorsqu'elle deviendra plus grave. Il est important de reconnaître qu'on peut réagir dès maintenant.

With respect to specialized services, for example, hip replacement surgery, in Saskatchewan there is currently a 61-week waiting list.

We need to train more specialists that treat arthritis — rheumatologists, orthopaedic surgeons, occupational therapists, physiotherapists. The average age of a rheumatologist in Canada is 50, so we will face attrition in that specialty. Canada is producing about 10 rheumatologists a year. We know between now 2031, the number of individuals with arthritis will double. Hence, Canadians will need access to individuals that treat arthritis.

On the topic of medications, Canadians must have access to the new treatments and medications for arthritis. They prevent joint injury and economic loss, and they reduce health care costs because they help individuals enjoy and maintain a good quality of life.

I also want to talk about the Arthritis Society. The society has been in Saskatchewan since 1949. Our mandate is threefold, as follows: to find a cure for arthritis; to help individuals with arthritis now, today, and their families, and to put in place prevention programs to make individuals aware of the association between arthritis and, let us say, sports injuries.

In our program offerings, we have an arthritis self-management program. We offer arthritis exercise programs. We offer a help line and an information and referral service, lender libraries, support groups, and a Web site. We have over 60 pamphlets, because there are 100 different forms of arthritis. Our pamphlets talk about the different types of arthritis, about coping techniques and about medications.

The Arthritis Society is not government-funded. Our society is 100 per cent publicly funded; we are supported by the people of Saskatchewan.

The Chairman: Thank you. I think you have covered all your main points, as I read your brief.

Ms Randy Goulden, President, Canadian Parks and Recreation Association: Let me begin this afternoon by commending this committee on the impressive work you have done to date. On behalf of the Canadian Parks and Recreation Association, I would like to thank you for this opportunity to have a dialogue this afternoon.

The Canadian Parks and Recreation Association is the national voice for a very vibrant grassroots network. We lead through partnerships. We connect people who build healthy, active communities, and we influence the everyday lives of all Canadians.

CPRA exists to build healthy communities and to enhance the quality of life and environments for all Canadians through collaboration with our members and our partners.

En ce qui concerne les services spécialisés, mentionnons, par exemple, que, en Saskatchewan, la liste d'attente pour une arthroplastie de la hanche est de 61 semaines.

Nous devons former un plus grand nombre de spécialistes pour traiter l'arthrite, soit des rhumatologues, des chirurgiens orthopédistes, des ergothérapeutes et des physiothérapeutes. L'âge moyen des rhumatologues canadiens est de 50 ans, de sorte que nous devons composer avec l'usure de l'effectif dans cette spécialité. Le Canada produit environ dix rhumatologues par année. Nous savons que le nombre de personnes souffrant d'arthrite doublera entre maintenant et 2031. Les Canadiens auront donc besoin d'avoir accès à des personnes qui traitent l'arthrite.

Sur le sujet des médicaments, je tiens à signaler que les Canadiens doivent avoir accès aux nouveaux traitements et médicaments pour l'arthrite. Ils permettent d'éviter les blessures aux articulations et des pertes économiques, et ils réduisent les coûts liés aux soins de santé en aidant les gens à jouir d'une bonne qualité de vie et à la maintenir.

J'aimerais aussi parler de la Société d'Arthrite. La société exerce ses activités en Saskatchewan depuis 1949. Notre mandat s'assortit des trois objectifs suivants: trouver une cure pour l'arthrite; aider dès aujourd'hui les personnes qui souffrent d'arthrite et leur famille; et créer des programmes de prévention afin de sensibiliser les gens au lien entre l'arthrite et, disons, les blessures sportives.

Parmi les programmes que nous offrons, nous avons un programme d'autotraitement de l'arthrite. Nous offrons des programmes d'exercice liés à l'arthrite. Nous sommes dotés d'un service d'aide téléphonique et d'un service d'information et de renvoi, de centres de documentation, de groupes de soutien et d'un site Web. Nous avons élaboré plus de 60 dépliants, car il existe 100 différentes formes d'arthrite. Nos dépliants parlent des différents types d'arthrite, des méthodes d'adaptation et des médicaments.

La Société d'Arthrite ne touche pas de financement gouvernemental. Notre société est financée à 100 p. 100 par le public; nous sommes soutenus par la population de la Saskatchewan.

Le président: Merci. Puisque j'ai lu votre mémoire, je crois que vous avez couvert toutes vos grandes questions.

Mme Randy Goulden, directeur exécutif, Association canadienne des parcs et loisirs: Laissez-moi commencer par vous féliciter du travail impressionnant que votre comité a fait jusqu'à maintenant. Au nom de l'Association canadienne des parcs et loisirs, je tiens à vous remercier de l'occasion qui m'est offerte de témoigner cet après-midi.

L'Association canadienne des parcs et loisirs est la voix nationale d'un réseau populaire et très dynamique. Nous dirigeons au moyen de partenariats. Nous unissons des gens qui bâtissent des collectivités saines et actives, et nous influons sur le quotidien de tous les Canadiens.

Le mandat de l'ACPL consiste à bâtir des collectivités saines et à améliorer la qualité de vie et l'environnement de tous les Canadiens au moyen d'une collaboration entre nos membres et nos partenaires.

To this end, CPRA builds and nurtures partnerships, and we advocate recreation as essential to individual, family and community health and well-being. We communicate and advocate the benefit and value of parks and recreation, and we respond to the diverse and changing needs of our members.

Recreation in Canada has a dedicated volunteer community-based delivery system that has strong linkages to CPRA through our shared values and membership. CPRA plays a key leadership role in this system as a national link between Canadian communities and the leisure field, and is the collective voice for recreation and parks in Canada.

Of particular note is CPRA's partnership with our 13 provincial and territorial recreation and park associations and our shared 3,200 members who are directors, managers and programmers of parks and recreation departments and are key leaders in the education, private and voluntary sectors.

CPRA is also very proud of our strategic initiatives and alliances with the Coalition for Active Living, National Children's Alliance, Voluntary Sector Initiative, the Federation of Canadian Municipalities, Active Living for Canadians with a Disability and the National Crime Prevention Centre.

In the executive summary of your report, "Volume Four: Issues and Options," you cite five distinct roles for the federal government in health and health care. For this presentation, we would like to concentrate and focus on the population health role, as this area is directly linked to our mandate.

The federal government indicates that a good health care system is only one of the numerous factors that keep Canadians healthy. The population health model, supported by the federal government, is another key part of our health care system that keeps Canadians and their communities healthy and vibrant.

CPRA is a strong proponent of the population health approach. We believe that all Canadians, regardless of their age, gender, ability, where they live or their socio-economic status, should have equal opportunities to quality and safe recreation, leisure and active living pursuits. Canadians who work or volunteer and participate in the fields of recreation, sports, fitness, arts, culture or parks have known that the activity or program in which they participate is but a means to a larger end.

CPRA, our members and our partners are very focussed on the impact and benefits that an active lifestyle can offer all Canadians. These benefits have been documented in a publication we commissioned, to be developed with our provincial and territorial partners, entitled "The Benefits Catalogue." I have brought with me today an English and French copy of "The Benefits Catalogue" for the committee's information and review, and have

À cette fin, l'ACPL bâtit et maintient des partenariats, et fait la promotion des loisirs à titre d'élément essentiel de la santé et du bien-être des particuliers, des familles et des collectivités. Nous communiquons et mettons en valeur les avantages des parcs et des loisirs, et nous réagissons aux besoins divers et changeants de nos membres.

Au Canada, le secteur des loisirs fonctionne au moyen d'un réseau communautaire de bénévoles engagés qui entretient des liens avec l'ACPL, puisque nos valeurs et nos membres sont les mêmes. L'ACPL joue un rôle directeur clé au sein de ce réseau, car elle sert de lien national entre les collectivités canadiennes et le secteur des loisirs, et elle constitue une voix collective au chapitre des loisirs et des parcs au Canada.

Il est intéressant de signaler le partenariat de l'ACPL avec nos 13 associations provinciales et territoriales des loisirs et des parcs, ainsi que nos 3 200 membres communs, qui sont des directeurs, des gestionnaires et des responsables de la programmation de ministères des parcs et des loisirs, qui sont des dirigeants clés dans le secteur de l'éducation et dans les secteurs privé et bénévole.

De plus, l'APCL est très fière de ses initiatives stratégiques et alliances avec la Coalition de la vie active, l'Alliance nationale pour les enfants, l'Initiative sur le secteur bénévole et communautaire, la Fédération canadienne des municipalités, Active Living for Canadians with a Disability, et le Centre national de prévention du crime.

Dans le résumé de votre rapport intitulé «Volume quatre — Questions et options», vous énoncez cinq rôles distincts du gouvernement fédéral en matière de santé et de soins de santé. Notre exposé mettra l'accent sur le rôle du gouvernement au chapitre de la santé de la population, car cet aspect est directement lié à notre mandat.

Le gouvernement fédéral affirme qu'un bon système de soins de santé n'est qu'un des nombreux facteurs qui contribuent à la santé des Canadiens. Le modèle relatif à la santé de la population, soutenu par le gouvernement fédéral, est un autre élément clé de notre système de soins de santé permettant d'assurer la santé et le dynamisme des Canadiens et de leurs collectivités.

L'ACPL est un ardent promoteur de l'approche fondée sur la santé de la population. Nous croyons que tous les Canadiens, quels que soient leur âge, leur sexe, leur capacité, leur lieu de résidence ou leur situation socio-économique, devraient jouir d'un accès égal à des activités récréatives et des loisirs de qualité et sécuritaires, qui favorisent la vie active. Les Canadiens qui travaillent, offrent bénévolement leurs services ou participent d'une autre façon dans les domaines des loisirs, des sports, de l'activité physique, des arts, de la culture ou des parcs savent que l'activité ou le programme auquel ils prennent part n'est qu'un moyen d'atteindre des fins plus importantes.

L'ACPL, ses membres et ses partenaires accordent beaucoup d'importance aux avantages qu'une vie active peut offrir à tous les Canadiens. Ses avantages ont été recensés dans une publication que nous avons commandée, qui a été élaborée avec nos partenaires provinciaux et territoriaux, qui s'intitule «Le catalogue des avantages». Je vous ai apporté une version française et une version anglaise du catalogue, à titre de référence, et je les ai

given them to the clerk. More can be made available from our CPRA national office upon request.

"The Benefits Catalogue" provides research from Canada and around the world that states clearly the impact that participating in recreation, sports, fitness, arts and culture, parks and other safe therapeutic leisure pursuits has on individuals and communities. The catalogue discusses four main benefit areas that lifestyles and environments perpetuate — the personal, the social, the economic and the environmental benefits. This catalogue takes the best research available about the work that our field can do for the health of individuals, families, communities, economies and the environment, and packages this information around 44 benefit or outcome statements.

These 44 statements are structured around eight key messages and were developed with the population health approach in mind. They are as follows: Recreation and active living are essential to personal health, a key determinant of health status; recreation is key to balanced human development, helping Canadians to reach their potential; recreation and parks are essential to the quality of life; recreation reduces self-destructive and anti-social behaviour; recreation and parks build strong families and healthy communities; pay now or pay more later because recreation reduces health care, social service and police and justice costs; recreation and parks are significant economic generators in your communities; and parks, open spaces and natural areas are essential to ecological survival.

The vast amount of health outcomes and evidence backing these aforementioned benefit statements advocates the importance and measurability of healthy lifestyles and environments and can be used when addressing, and by, key decision and policy makers.

The Chairman: Can I suggest that you not read the three examples, because we can do that ourselves as fast as you can read them.

Ms Goulden: "The Benefits Catalogue" also offers evidence that more specifically addresses the disturbing trends as cited in section 12.2 of your report. Because it offers measurable evidence, such as statistics and facts about the impacts of recreation and leisure lifestyles, this tool can assist decision makers to develop programs and policies that will be meaningful to Canadians and their communities.

We strongly believe in engaging those who will ultimately benefit from policies and programs to be involved in their development. Practitioners in the parks and recreation sector are leaders in this community development approach to policy, program and service development and delivery. We are also very skilled at mobilizing and motivating Canadians to be active and to

remises au greffier. Il est possible d'obtenir des exemplaires supplémentaires auprès du bureau national de l'ACPL.

Le Catalogue des avantages cite des recherches, menées au Canada et ailleurs dans le monde, qui montrent clairement l'impact de la participation à des activités de loisirs, de sports, des activités physiques, artistiques et culturelles et d'autres activités de loisirs thérapeutiques, ainsi que dans les parcs, sur les particuliers et les collectivités. Le catalogue distingue quatre grandes catégories d'avantages que les habitudes de vie et l'environnement perpétuent: les avantages personnels, sociaux, économiques et environnementaux. Ce catalogue s'inspire des meilleures recherches disponibles sur le travail que les gens de notre domaine peuvent faire pour favoriser la santé des particuliers, des familles, des collectivités, des économies et de l'environnement, et regroupe cette information au moyen de 44 énoncés d'avantages ou de résultats.

Ces 44 énoncés s'articulent autour de huit messages clés et ont été élaborés en fonction d'une approche fondée sur la santé des populations. Il s'agit des huit messages suivants: les loisirs et la vie active sont essentiels à la santé personnelle, sont un facteur déterminant de l'état de santé; les loisirs sont essentiels au développement équilibré de l'humain et aident les Canadiens à exploiter leur plein potentiel; les loisirs et les parcs sont essentiels à la qualité de vie, les loisirs réduisent les comportements autodestructeurs et antisociaux, les loisirs et les parcs favorisent le renforcement de familles solides et de collectivités saines; on peut payer maintenant ou payer davantage plus tard, car les loisirs réduisent les coûts liés aux soins de santé, aux services sociaux, aux services policiers et à la justice; les loisirs et les parcs sont des moteurs économiques importants dans vos collectivités. Les parcs, les grands espaces et les zones naturelles sont essentiels à la survie écologique.

Le volume énorme de données et de résultats au chapitre de la santé qui appuient ces énoncés d'avantages témoigne de l'importance et de la mesurabilité d'un mode de vie et d'un environnement sains et peut être utilisé notamment par les principaux décideurs et les artisans des politiques, pour étudier la question.

Le président: Puis-je vous suggérer de ne pas lire les trois exemples, car nous pouvons le faire nous-mêmes, aussi vite que vous pouvez les lire.

Mme Goulden: Le Catalogue des avantages offre aussi des preuves concernant plus spécifiquement les tendances dérangeantes énoncées dans la section 12.2 de votre rapport. Parce qu'il offre des données mesurables, comme des statistiques et des faits sur l'impact d'un mode de vie qui intègre les loisirs, cet outil peut aider les décideurs à élaborer des programmes et des politiques qui seront utiles aux Canadiens et à leurs collectivités.

Nous croyons fermement que les personnes qui, au bout du compte, tireront avantage des politiques et des programmes doivent participer à leur élaboration. Les professionnels du secteur des parcs et des loisirs sont des chefs de file dans cette approche de développement et d'exécution des politiques, des programmes et des services axés sur le développement communautaire. De

lead healthy lives, and we are networked in every community across Canada.

Ultimately, the parks and recreation sector and allied networks are providing a catalyst for change in the way we view healthy individuals and communities. The benefits catalogue is one key tool that CPRA and our allies are using to reposition, promote and provide services that go beyond traditional health care services. The work that we do is being recognized more and more as truly essential for the improved health of all our Canadians.

We believe that the outcomes as stated in "The Benefits Catalogue" support our conviction that recreation and physical activity is a prime contributor to the healthy development of Canadians. However, in today's society there are many personal, social and economic factors that prevent many Canadians, especially children and youth, from realizing the many benefits of participation.

CPRA encourages this committee and the federal government to continue to explore the population health approach and the impact that physical activity and recreation has on the prevention and management of diseases and illnesses.

We advocate that the federal government make a significant investment to support the provision of these types of essential services for Canadians.

The existing federal and provincial health care infrastructure for the provision of health care is, indeed, very complex. However, we believe and have evidence, as presented in "The Benefits Catalogue," that investing in this approach would mean significant reductions to federal and provincial health care costs and the improved health status of Canadians. We encourage the federal government to recognize the necessity for a preventative approach to health care.

CPRA advocates for the distribution of dollars that would result in increased resources to preventative health delivery systems, which would include the parks and recreation sector.

The work of our sector is one means and the CPRA's "Benefits Catalogue" is one tool that could offer the government a starting point for research that would support and thrust forward the population health approach, especially in the eyes of those responsible for measuring health care outcomes.

CPRA is currently working with its partners to prepare a more comprehensive brief. We look forward to submitting it in the coming weeks. In the meantime, should you require any additional information, please contact our national office.

On behalf of the Canadian Parks and Recreation Association, I thank the members for affording me this opportunity to speak to you this afternoon.

plus, nous sommes très habiles pour mobiliser et motiver les Canadiens à être actifs et à mener une vie saine, et nous entretenons des liens avec toutes les collectivités du Canada.

Au bout du compte, le secteur des parcs et des loisirs et ses réseaux connexes servent de catalyseur pour promouvoir notre vision pour des personnes et des collectivités en santé. Le Catalogue des avantages est un outil clé qu'utilisent l'ACPL et ses alliés pour repositionner, promouvoir et dispenser des services qui vont au-delà des services classiques en matière de soins de santé. On reconnaît, de plus en plus, que le travail de l'ACPL et des ses alliés est vraiment essentiel à l'amélioration de la santé de tous les Canadiens.

Nous croyons que les résultats énoncés dans le Catalogue des avantages appuient notre conviction selon laquelle les loisirs et l'activité physique contribuent de façon importante à la saine croissance des Canadiens. Cependant, dans la société actuelle, de nombreux facteurs personnels, sociaux et économiques empêchent un grand nombre de Canadiens, surtout les enfants et les jeunes, de jouir des nombreux avantages de la participation à de telles activités.

L'ACPL encourage votre comité et le gouvernement fédéral à continuer d'examiner l'approche axée sur la santé de la population et l'impact de l'activité physique et des loisirs sur la prévention et la gestion des maladies.

Nous recommandons que le gouvernement fédéral fasse des investissements significatifs pour soutenir la prestation de ce type de services essentiels aux Canadiens.

L'infrastructure fédérale et provinciale habituelle des soins de santé est, en effet, très complexe. Toutefois, nous croyons, et le Catalogue des avantages en fait la preuve, qu'un investissement dans cette approche réduirait considérablement le coût des soins de santé au fédéral et au provincial et améliorerait l'état de santé des Canadiens. Nous encourageons le gouvernement fédéral à reconnaître la nécessité d'une approche préventive en matière de soins de santé.

L'ACPL fait appel à une distribution de fonds qui accroîtrait les ressources consenties aux systèmes de prévention en matière de santé, ce qui comprendrait le secteur des parcs et des loisirs.

Le travail de notre secteur constitue un moyen et le Catalogue des avantages de l'ACPL constitue un outil qui pourrait offrir au gouvernement un point de départ pour une recherche qui appuierait et favoriserait l'adoption d'une approche fondée sur la santé des populations, en particulier par ceux qui sont responsables de mesurer les résultats en matière de soins de santé.

L'ACPL travaille actuellement avec ses partenaires afin d'élaborer un mémoire plus complet. Nous avons hâte de le présenter, au cours des prochaines semaines. En attendant, si vous avez besoin de renseignements supplémentaires, veuillez communiquer avec notre bureau national.

Au nom de l'Association canadienne des parcs et loisirs, je remercie les membres du Comité de m'avoir accordé cette occasion de témoigner cet après-midi.

Senator Morin: I would like to address my questions to Ms McKinnon. As far as I know, you are the first voluntary health organization that we have met. This presents us a good opportunity to congratulate, of course, the Arthritis Society, but also to recognize the extraordinary work that the voluntary organizations have been doing in this country.

These are truly typical and quite unique Canadian success stories. I realize that there are voluntary organizations in other countries, but the combination of health research support, of education and of care is truly Canadian. What is also truly Canadian is the hundreds of thousands of volunteers throughout the country in all these organizations that have been giving their time, their money, to these organizations. It is important for us to recognize that. I do not know if we will recognize it again in our report, but I think we should recognize it.

I have a couple of questions, one dealing specifically with the arthritis issue. You said that the waiting time for a hip replacement in this province is 61 weeks, a little over a year. How does that compare with the waiting time in other provinces, and what do you think — of course, the optimal waiting time is nil — is a reasonable waiting time? What should we be aiming at, to give us a handle on this?

My other question deals with voluntary health organizations in general. I know it may be unfair to ask you this, but because you are the only one we have met you are supporting the brunt of my questions here.

As you know, this is a federal survey; we are not dealing with provincial issues. In that regard, how do you think the federal government can help in supporting the various voluntary organizations? If you do not have an answer immediately, you can forward it in writing. I realize that your organization is a provincial one and that it may not be easy for you to answer this, but I am posing the question because to date we have not heard from any voluntary organizations, organizations that are so important to the Canadian health system. I do not think it is fair that we should not have heard from them. We do have a number of recommendations but — unless you are prepared to give them right away — what could the federal government do to help these organizations do their extraordinary work in this country?

Ms McKinnon: The waiting list in Saskatchewan is 61 weeks, the longest in Canada. It is double the second worst province, and I suspect that that is because of the resources.

It is difficult to say what the average waiting time should be. It would depend on the seriousness of the condition, as to the priority an individual is given for surgery. The waiting time definitely should be a lot less than 61 weeks.

Individuals who are waiting for surgery are frequently in pain; some suffer economic loss and risk damaging other joints that try to compensate for the weakness in the one joint. What often

Le sénateur Morin: J'aimerais adresser mes questions à Mme McKinnon. À ma connaissance, votre association est le premier organisme bénévole du secteur de la santé à venir témoigner. Cela constitue une bonne occasion de féliciter, bien sûr, la Société d'Arthrite, mais aussi de reconnaître le travail extraordinaire des organismes bénévoles au pays.

Ce sont des cas de réussite uniques et typiques du Canada. Je suis conscient du fait qu'il existe des organismes bénévoles dans d'autres pays, mais la combinaison de soutien à la recherche en santé, d'éducation et de soins présente un caractère tout à fait canadien. Un autre aspect purement canadien tient aux centaines de milliers de bénévoles de partout au pays qui consacrent leur temps et leur argent à tous ces organismes. Il est important de reconnaître cela. Je ne sais pas si nous le soulignerons de nouveau dans notre rapport, mais je crois que nous devrions le souligner.

J'ai quelques questions, dont une qui porte spécifiquement sur la question de l'arthrite. Vous affirmez que, dans votre province, le délai d'attente pour une arthroplastie de la hanche est de 61 semaines, c'est-à-dire, un peu plus d'un an. Est-ce que cela est comparable au délai d'attente dans les autres provinces? Ensuite, si on convient d'emblée que le délai d'attente idéal est nul, quel serait, selon vous, un délai d'attente raisonnable? Pour nous situer un peu, que devrions-nous viser?

Mon autre question porte sur les organismes de santé bénévoles en général. Je sais qu'il est peut-être injuste de vous poser cette question, car vous êtes le seul organisme de ce genre à subir mon interrogatoire.

Comme vous le savez, il s'agit d'une consultation fédérale; nous n'examinons pas de questions relevant des provinces. Cela dit, comment, selon vous, le gouvernement fédéral peut-il contribuer à soutenir les divers organismes bénévoles? Vous n'êtes pas obligé de répondre sur-le-champ, vous pouvez nous faire parvenir un document écrit. Je comprends que vous représentez un organisme provincial et qu'il n'est peut-être pas facile pour vous de répondre à cette question, mais je la pose quand même, car, jusqu'à maintenant, nous n'avons pas entendu le témoignage d'organismes bénévoles, et ces organismes sont si importants au système de soins de santé du Canada. Je crois qu'il est injuste que nous n'ayons pas entendu leurs témoignages. Nous avons reçu un certain nombre de recommandations, mais — à moins que vous ne soyez disposé à les formuler sur-le-champ — qu'est-ce que le gouvernement fédéral pourrait faire pour aider ces organismes à poursuivre le travail extraordinaire qu'ils font pour notre pays?

Mme McKinnon: La liste d'attente est de 61 semaines en Saskatchewan, c'est le plus long délai d'attente au Canada. Cela correspond au double du délai provincial le plus proche, et je soupçonne que cela tient à un manque de ressources.

Il est difficile de déterminer quel devrait être le délai d'attente moyen. Il faudrait évaluer la gravité de l'état du patient afin de déterminer le niveau de priorité pour la chirurgie. Il est certain que le délai d'attente devrait être beaucoup plus court que 61 semaines.

Les personnes qui attendent une intervention chirurgicale ressentent souvent des douleurs, certaines subissent des pertes économiques et risquent d'endommager d'autres articulations qui

happens is that once an individual who has been waiting for a hip replacement gets a new hip a knee replacement then becomes necessary.

The Arthritis Society does not want to function in isolation. We want to work with government agencies and with the health care system. Our programs and services blend well. We want to be part of the solution. In that sense, many services our organization offers can be of benefit to the health care system. An example is our Web site, which offers valuable information. We do not want to work in isolation.

How voluntary organizations can help in the long run is something that I would probably want to think about and could submit at a future date.

Senator Morin: And vice versa, how the federal government can help voluntary organizations do their extraordinary work.

Ms McKinnon: Arthritis needs to be brought to the forefront. We need to take a proactive approach to the disease, recognize that it is not just an ache and pain. What is an ache and pain now will come back into the health care system later and costs a lot of dollars. The best treatment for arthritis is early diagnosis. I cannot emphasize that enough. In that sense, arthritis must move to the front of the health care agenda. The philosophy of the federal government must be to put emphasis on the disease, even in the research dollars that are allocated. Ultimately, if better treatments are found, if we can find a cure, the cost savings will be enormous.

The Chairman: Can you tell us which province offers the shortest wait for hip replacement surgery? Even if you cannot recall the province, can you recall the waiting time?

Ms McKinnon: I think it is in the range of between 25 and 30 weeks.

The Chairman: Hence, most of the provinces are grouped together in roughly a six-month waiting period, except in your case, which is double that.

Senator Pépin: You said that people discover too late that they are suffering from arthritis. Is lack of education and a lack of prevention programs responsible for that? Or is lack of early diagnosis responsible? You also referred to a shortage of rheumatologists. Why are people finding out too late that they have arthritis? Is there another reason?

Ms McKinnon: Part of the reason relates to education. We need to educate people on the warning signs of arthritis. As well, we must emphasize with the primary health care workers the importance of early diagnosis of arthritis. I have often heard of people being sent home and told that the pain they are complaining about is just arthritis. They are not told what kind of arthritis they have; they are just told that it is arthritis, go home.

tentent de compenser la faiblesse de l'articulation atteinte. Ce qui se produit, bien souvent, c'est qu'au moment où la personne obtient son arthroplastie de la hanche, elle a besoin d'une arthroplastie du genou.

La Société d'Arthrite ne veut pas exercer ses activités dans l'isolement. Nous voulons travailler avec les organismes gouvernementaux et les établissements du système de soins de santé. Nos programmes et services s'intègrent très bien. Nous voulons faire partie de la solution. À cet égard, nombre des services offerts par notre organisme peuvent être utiles au système de soins de santé. A titre d'exemple, mentionnons notre site Web, qui offre des renseignements importants. Nous ne voulons pas travailler dans l'isolement.

Pour ce qui est de la contribution éventuelle des organismes bénévoles à long terme, c'est une question à laquelle je voudrais probablement réfléchir et répondre à une date ultérieure.

Le sénateur Morin: Et vous pourriez aussi nous dire en quoi le gouvernement fédéral pourrait aider les organismes bénévoles à faire leur travail extraordinaire.

Mme McKinnon: L'arthrite doit être à l'avant-plan. Nous devons adopter une approche proactive à l'égard de cette maladie, reconnaître qu'il ne s'agit pas uniquement d'une petite douleur. Ce qui est une petite douleur aujourd'hui, reviendra plus tard dans le système de soins de santé et coûtera très cher. Le meilleur traitement pour l'arthrite est le diagnostic précoce. Je ne saurais trop insister là-dessus. Voilà pourquoi l'arthrite doit être considérée comme une priorité dans le domaine des soins de santé. La philosophie du gouvernement fédéral doit consister à mettre l'accent sur la maladie, même dans les fonds accordés à la recherche. Au bout du compte, si on découvre de meilleurs traitements, si nous trouvons une cure, les économies seront énormes.

Le président: Pouvez-vous nous dire quelle province offre le délai d'attente le plus court pour l'arthroplastie de la hanche? À défaut de nommer la province, pouvez-vous vous souvenir du délai d'attente?

Mme McKinnon: Je crois qu'il s'agit d'un délai de 25 à 30 semaines.

Le président: Donc, la plupart des provinces affichent un délai d'attente d'environ six mois, sauf la vôtre, où le délai correspond au double.

Le sénateur Pépin: Vous affirmez que les gens découvrent trop tard qu'ils souffrent d'arthrite. Cette situation découle-t-elle d'un manque de sensibilisation et de programmes de prévention? Ou peut-être est-ce en raison d'un manque de diagnostic précoce? Vous avez aussi fait référence à une pénurie de rhumatologues. Pourquoi les personnes découvriraient-elles trop tard qu'elles souffrent d'arthrite? Y a-t-il une autre raison?

Mme McKinnon: Cela tient en partie à la sensibilisation. Nous devons sensibiliser les gens aux signes avant-coureurs de l'arthrite. De plus, nous devons souligner aux travailleurs qui dispensent des soins de santé primaires toute l'importance du diagnostic précoce de l'arthrite. J'ai souvent entendu parler de personnes qu'on avait renvoyées chez elles et qui s'étaient fait dire que leur douleur n'était que de l'arthrite. On ne leur dit pas de

I would like to see those individuals referred to the Arthritis Society so that we can educate them and give them some coping techniques. They could attend a self-management program: they can access information on pain control and on exercises. We can provide them some disease management techniques and information about protecting their joints.

In the package we gave you, there is information on a sports body basics program we offer in Saskatchewan. Through that program, we are trying to educate young athletes, coaches and parents about joint injury in sports. There is an association between injuries not being properly treated and a higher risk of arthritis later on in life. It is important that we put that education out there to the public.

We want to educate people about the warning signs of arthritis. In that way, people can speak to their doctors and get an early diagnosis. We can teach people about prevention, even in the workplace, and help those who do have the disease maintain their quality of life.

Senator Pépin: In your written presentation, you say that family physicians earn more than rheumatologists. That surprises me. Why are rheumatologists, who are specialists, earning less?

Ms Joy Tappin, Board Member, Arthritis Society of Saskatchewan: I believe that rheumatologists are not only physicians but also counsellors. By the time they do a diagnosis and then counsel an individual with respect to exercise programs, educate the patient and so on, they have spent a fair amount of time. General practitioners often do not spend as much time with a patient. Often, they only have to do a quick exam and write a prescription. Hence, a GP can see many more patients in a day than a rheumatologist can.

Senator Pépin: They are paid by the number of services they perform; correct?

Ms Tappin: That is right. A rheumatologist is not like a physician or a surgeon who may get thousands of dollars for a one-hour procedure. A rheumatologist is many things, a counsellor, a physician, a diagnostic person. Then there is the follow-up. Treating arthritis takes a lot of time. Patients keep coming back and saying, "I am in pain. You simply must do something about the pain." The rheumatologist then prescribes medication. I speak from experience. I have arthritis and it takes a lot of time for a rheumatologist to deal with just one patient.

Senator Pépin: I understand. You will see that one of our proposals was for physicians to be on salary. Perhaps that would solve some of the problems for rheumatologists.

quel type d'arthrite elles souffrent, on se contente de dire à ces personnes qu'elles souffrent d'arthrite, et on les renvoie chez elles.

J'aimerais qu'on renvoie ces personnes à la Société d'Arthrite, afin que nous puissions les informer et leur montrer des méthodes d'adaptation. Elles pourraient participer à un programme d'autotraitement: elles peuvent obtenir de l'information sur le soulagement de la douleur et sur des exercices à faire. Nous pouvons leur présenter des méthodes de traitement et de l'information sur la protection de leurs articulations.

Le mémoire que nous vous avons présenté renferme de l'information sur un programme de sensibilisation aux ressources sportives que nous offrons en Saskatchewan. Par l'entremise de ce programme, nous tentons de sensibiliser les jeunes athlètes, les entraîneurs et les parents aux blessures aux articulations liées à un sport. Il y a un lien entre les blessures qui ne sont pas convenablement traitées et un risque plus élevé d'arthrite plus tard. Il est important de fournir cette information au public.

Nous voulons sensibiliser les gens aux signes avant-coureurs de l'arthrite. Ainsi, ils pourront en parler à leur médecin et obtenir un diagnostic précoce. Nous pouvons informer les gens au sujet de la prévention, même en milieu de travail, et aider celles qui souffrent de cette maladie à maintenir leur qualité de vie.

Le sénateur Pépin: Dans votre mémoire, vous affirmez que les médecins de famille touchent plus d'argent que les rhumatologues. Cela m'étonne. Pourquoi les rhumatologues, qui sont des spécialistes, touchent-ils moins d'argent?

Mme Joy Tappin, membre du conseil d'administration, Société d'Arthrite de la Saskatchewan: Je crois que les rhumatologues sont non seulement des médecins, mais aussi des conseillers. Ils consacrent une part considérable de temps à établir un diagnostic, à formuler des conseils concernant des programmes d'exercice, à informer le patient, et ainsi de suite. Les médecins généralistes, bien souvent, ne consacrent pas autant de temps à un patient. Souvent, ils n'ont qu'à effectuer un bref examen et remplir une ordonnance. Par conséquent, un médecin généraliste peut voir beaucoup plus de patients qu'un rhumatologue au cours d'une journée.

Le sénateur Pépin: Ils sont payés selon le nombre de services dispensés, n'est-ce pas?

Mme Tappin: Oui. Un rhumatologue n'est pas comme un médecin ou un chirurgien, capable de toucher des milliers de dollars pour une procédure qui ne dure qu'une heure. Le rhumatologue cumule de nombreuses fonctions: conseiller, médecin, diagnostiqueur. Ensuite, il y a le suivi. Il faut mettre beaucoup de temps pour traiter l'arthrite. Les patients reviennent constamment pour dire: «J'ai mal. Vous devez soulager cette douleur.» Le rhumatologue prescrit ensuite des médicaments. Je parle en connaissance de cause. Je souffre d'arthrite, et je sais qu'un rhumatologue consacre beaucoup de temps à un patient.

Le sénateur Pépin: Je comprends. Vous constaterez que l'une de nos propositions concerne le versement d'un salaire au médecin. Cela permettra peut-être de résoudre certains problèmes des rhumatologues.

Ms Goulden. I think what you say is very important regarding parks and recreation, and since the larger part of our population is approaching the sedentary age exercise and recreation will be very important. If I understood you, you would like the government to take into consideration an association like yours. You are teaching prevention, in a way. It is one way to teach prevention and to educate people about what they have to do if they do not want to be aged and sick.

It is the first time that I have seen an organization like yours present a brief on better health. It could form part of the prevention aspect that we would like to do with our report.

Ms Goulden: Thank you very much for your recognition on that. We are also very strong advocates of the role that we play with our youth, who are the citizens of the future. With the obesity that we see in our youth now, along with the trend toward increased smoking among youth, we feel we have a real role to play in creating awareness of a healthy, active lifestyle among our youth, a lifestyle choice that will, in the long run, reduce the costs of health care.

Senator Keon: Ms Goulden, I commend you for coming here. You represent a very important dimension in health. There is a real need for a closer integration of your activities and the health activities, particularly in the public health sector. I will not ask you any questions because I agree with your brief. I will leave it at that.

Ms McKinnon. I think arthritis represents a classic problem that we have in Canada of a disease that is a huge economic burden and is not being targeted. My own serendipitous experience with patients who have arthritis really makes me feel that they really do not get the attention they deserve.

I would hope that your organization could find a way to come together with government authorities and streamline diagnostic facilities, streamline therapeutic facilities, so that people are getting optimal therapy — particularly primary and secondary preventive facilities and counselling. People who could extend their joint function for years and years are not doing it because they are not properly educated.

With a concerted attack, the management of this disease could be drastically improved. It would relieve the economic burden in Canada, too.

I commend you for what you are doing. The volunteer and philanthropic organizations do tremendous work in every area.

Ms McKinnon: Thank you very much. I agree with your comments that arthritis needs to be targeted. There needs to be a more proactive approach in the health care system as well as working together with the non-profits and ourselves in the area of education, the power of education and the empowerment of the patient in self-management. Those actions would play a tremendous role in easing the burden on the health care system and within the community at large.

Madame Goulden, je crois que ce que vous avez dit sur les parcs et les loisirs est très important, et puisqu'une part importante de notre population approche d'un âge sédentaire, l'exercice et les loisirs seront très importants. Si j'ai bien compris, vous voulez que le gouvernement tienne compte d'une association comme la vôtre. Vous prônez la prévention, d'une certaine façon. C'est une façon d'enseigner la prévention et d'informer les gens sur ce qu'ils doivent faire s'ils ne veulent pas être malades en vieillissant.

C'est la première fois que je vois un organisme comme le vôtre présenter un mémoire sur l'amélioration de la santé. Cela pourrait s'inscrire dans l'aspect prévention que nous aimerions présenter dans notre rapport.

Mme Goulden: Merci beaucoup de reconnaître cela. De plus, nous insistons beaucoup sur le rôle que nous jouons auprès de nos jeunes, qui sont les citoyens de demain. Compte tenu de l'obésité que nous constatons chez les jeunes à l'heure actuelle, ainsi que de la tendance à la hausse du tabagisme dans ce groupe, nous croyons avoir un rôle important à jouer afin de sensibiliser nos jeunes à adopter un mode de vie sain et actif, à faire des choix de vie qui, à long terme, réduiront les coûts des soins de santé.

Le sénateur Keon: Madame Goulden, je vous félicite d'être venue ici. Vous représentez une dimension très importante de la santé. Il y a un besoin réel d'intégrer davantage vos activités et les activités du domaine de la santé, en particulier dans le secteur public des soins de santé. Je ne vous poserai plus de questions, car je suis d'accord avec votre mémoire. Je m'en tiendrai à cela.

Madame McKinnon, je crois que l'arthrite est un problème de longue date au Canada, qu'il crée un fardeau économique énorme et que nous ne faisons rien pour résoudre le problème. À la lumière de mon expérience avec les patients qui souffrent d'arthrite, je crois vraiment que nous ne leur donnons pas l'attention qu'ils méritent.

J'espère que votre organisme trouvera un moyen de collaborer avec les autorités gouvernementales et de simplifier les installations de diagnostic et de traitement, afin que les gens jouissent d'un traitement optimal — en particulier sur le plan des installations préventives primaires et secondaires et des services de counselling. Des gens qui pourraient prolonger le fonctionnement de leurs articulations pendant des années et des années ne le font pas parce qu'elles n'ont pas été bien informées.

Avec une approche concertée, la gestion de cette maladie pourrait être améliorée d'une façon importante. De plus, cela atténuerait le fardeau économique au Canada.

Je salue tous vos efforts. Les organismes bénévoles et caritatifs font un travail formidable dans tous les domaines.

Mme McKinnon: Merci beaucoup. Je suis d'accord avec votre commentaire selon lequel il faut cibler l'arthrite. Il faut adopter une approche plus proactive dans le système de soins de santé, et favoriser une collaboration avec les organismes sans but lucratif et notre organisme en ce qui concerne l'éducation, le pouvoir de l'éducation et l'habilitation du patient dans l'autotraitement. De telles mesures joueraient un rôle énorme pour ce qui est d'alléger le fardeau du système de soins de santé et de l'ensemble de la collectivité.

Again, thank you very much for allowing me to be here.

The Chairman: May I thank all of you. I appreciate your taking the time to be with us today.

Senators, our last witness today is Mr. Gerald Morin, President of the Métis National Council.

Mr. Morin, you have written a very interesting brief, which I have just had the pleasure of reading. You have responded very directly toward the end to the very specific question we asked you, which is this: Give us some advice on what we ought to do to get the federal government to respond adequately to your needs. Hence, I would ask you to hit the highlights but with a particular focus on your response to our question.

Let me just ask you one question, to which you can ad lib an answer at the end.

Given the focus in your brief on the need to deal with the determinants of health, not just health itself — you call them the root causes not just the symptoms — is there an argument to be made that, in terms of the federal government's role, the area Aboriginal health ought to be in the same department as all the other Aboriginal services, as opposed to being in the Health Department? I just ask the question: I do not know the answer.

At some point, I would like your thoughts on that.

Mr. Gerald Morin, President, Métis National Council: All right, Mr. Chairman.

With me is Mr. Don Fidler, the new health coordinator at the Métis National Council. He will be assisting me this afternoon with the presentation.

I will highlight some of the major points that we have in our brief, which you have in front of you.

First, thank you for giving us this opportunity, once again, to appear before you. I want to commend you for your efforts. We reviewed the recommendations in your report, based on presentations at previous hearings, including presentations from ourselves. We are happy to see that you have taken a strong position in terms of advocating for the health of Aboriginal Canadians, as well as pointing out that, with respect to the Métis, there has to be Métis-specific solutions. You also note that our people exist in a jurisdictional limbo, where the federal government will not take responsibility for the Métis as they do with other Aboriginal people.

Discrimination occurs in a variety of areas. We can talk about the entire area of addressing rights and land claims and so on, which goes to your question in terms of the point of holistically addressing all of these issues. It affects us in that area but it also affects us in terms of not being able to receive programs and

Encore une fois, merci beaucoup de m'avoir laissé témoigner aujourd'hui.

Le président: Je tiens à remercier tous les témoins d'avoir pris le temps de nous rencontrer aujourd'hui.

Honorables sénateurs, notre dernier témoin pour aujourd'hui est M. Gerald Morin, président du Ralliement national des Métis.

Monsieur Morin, je viens de terminer la lecture de votre mémoire et je suis heureux de dire qu'il était très intéressant. Vers la fin, vous avez répondu très directement à notre demande spécifique de nous fournir des conseils sur ce que nous devrions faire pour que le gouvernement fédéral réponde adéquatement à vos besoins. Par conséquent, je vous invite à faire un survol de votre mémoire et à mettre un accent particulier sur votre réponse à notre question.

Laissez-moi seulement vous poser une question, et vous pourrez improviser une réponse à la fin.

Compte tenu de l'accent que vous faites porter sur le besoin de s'attacher non seulement à la santé, mais aux facteurs déterminants de la santé — on peut parler non seulement de symptômes, mais de causes profondes —, peut-on avancer que, en ce qui concerne le rôle du gouvernement fédéral, le domaine de la santé des Autochtones devrait relever du même ministère que tous les autres services destinés aux Autochtones, au lieu de relever du ministère de la Santé? Je ne fais que poser la question, je n'en connais pas la réponse.

À un moment donné, j'aimerais entendre votre point de vue à cet égard.

M. Gerald Morin, président, Ralliement national des Métis: D'accord, monsieur le président.

Je suis accompagné de M. Don Fidler, nouveau coordonnateur du Ralliement national des Métis en matière de santé. Il me prêterait main-forte pendant l'exposé.

J'insisterai sur certains grands points soulevés dans notre mémoire, que vous avez devant vous.

D'abord, laissez-moi vous remercier de cette occasion de comparaître, encore, devant votre comité. Je tiens à vous féliciter de vos efforts. Nous avons examiné les recommandations formulées dans votre rapport, à la lumière de témoignages présentés à l'occasion d'audiences antérieures, y compris des témoignages de notre organisme. Nous sommes heureux de constater que vous avez adopté une position solide en ce qui concerne la promotion de la santé des Autochtones canadiens, et nous nous réjouissons du fait que vous avez souligné le besoin d'adapter des solutions spécifiques à l'égard des Métis. Vous faites aussi remarquer qu'en matière de compétences gouvernementales, notre peuple se retrouve dans une zone grise, car le gouvernement fédéral ne prend pas les Métis en charge, comme c'est le cas avec les autres peuples autochtones.

La discrimination touche divers domaines. Nous pouvons parler de toute la question des droits et des revendications territoriales, ce qui revient à votre question relative à des solutions globales pour tous ces enjeux. Nous en subissons les contrecoups à cet égard, mais nous sommes aussi affectés par l'incapacité de

services. We are not able to access billions of dollars of programs and services that are available to First Nations and Inuit people.

It makes it very difficult for us. In my report, I touched upon how the federal government has been unable to come to grips with the Métis reality in Canada. For all intents and purposes, from a legal perspective, in the view of all governments since Confederation, the Métis people do not exist in this country. We have no rights, and the federal government has no responsibility to address our issues. It is in that kind of jurisdictional and legal framework that governments in Canada have operated, so we are neither here nor there.

On the rights front, we are not able to establish land and resource bases; we are not able to access resources, in order to pursue a way of life and create economic development and prosperity for our communities. That, in itself, creates a lot of problems in terms of that framework that I talk about.

Let me now move to programs and services. The federal government delivers programs and services in many areas. There is health care, there is economic development, there are justice-related issues — the entire area of human activity, because we are a nation of people with the right of self-government. As a result of that denial, we are not able to access any of these programs and services.

If you look at our situation, I think more Métis-specific research has to be established. Part of the problem is not being able to access those kinds of resources. Generally speaking, we exist in the same poverty, the same social and economic circumstances that other Aboriginal people find themselves in; yet, because of discrimination and lack of recognition, we are not able to access anything from governments in Canada, whether related to rights or jurisdiction or programs and services, to tackle these very serious issues amongst our people and our communities. A lot of the issues, problems and challenges faced by Aboriginal people in general manifest themselves in the area of health. Statistics indicate a high rate of HIV, hepatitis C, homelessness, family breakdowns, poverty, low levels of education, and so on. I could go on and on. In all those areas, our people are affected in the same way, but we are not able to address these issues.

That is why, in our presentation — and I am glad you touched on it in your report: you urge the federal government to tackle these issues and to ensure that there is equity of access for our people, urge the government to address health-related issues. You point out also the need for a broad response by the federal government, to ensure that these other issues get addressed. If only one department is getting it right, say, for the sake of argument, Health Canada — which they are not — and other departments are not following suit, then only the surface would be getting scratched. The government would not be tackling the problem head-on. It would be like throwing money to the wind, because, ultimately, it would not be achieving solutions for our people.

bénéficier de programmes et services. Nous sommes incapables de tirer avantage des milliards de dollars de programmes et services offerts aux Premières nations et aux Inuits.

Cela nous rend la vie très difficile. Dans mon rapport, je signale l'incapacité du gouvernement fédéral de comprendre la réalité des Métis au Canada. Au bout du compte, du point de vue de tous les gouvernements depuis la Confédération, les Métis n'ont aucun statut juridique au Canada. Nous n'avons aucun droit, et le gouvernement fédéral n'a aucune responsabilité de résoudre nos problèmes. C'est dans ce type de cadre de compétence et de cadre législatif que les gouvernements fonctionnent au Canada, de sorte que nous ne sommes reconnus par personne.

Sur le plan des droits, nous ne sommes capables ni d'établir des assises territoriales et financières, ni d'accéder aux ressources afin d'adopter un certain mode de vie et de favoriser la prospérité et le développement économiques de nos collectivités. Cela, en soi, crée de nombreux problèmes en ce qui concerne le cadre auquel je fais référence.

Parlons maintenant des programmes et services. Le gouvernement fédéral offre des programmes et services dans de nombreux domaines. Il y a les soins de santé, il y a le développement économique, il y a les questions judiciaires — bref, l'ensemble des activités humaines, car notre nation a le droit à l'autonomie gouvernementale. En raison de ce déni, nous ne sommes pas capables d'accéder à ces programmes et services.

Je crois qu'il suffit d'envisager notre situation pour constater qu'il faut mener des recherches portant plus spécifiquement sur les Métis. Une partie du problème tient à notre incapacité d'accéder à ce type de ressources. De façon générale, nous vivons dans la même situation de pauvreté, dans les mêmes circonstances socio-économiques que les autres peuples autochtones; or, en raison de la discrimination et d'un manque de reconnaissance, nous sommes incapables d'obtenir quoi que ce soit du gouvernement canadien, en ce qui concerne les droits, les compétences ou les programmes et services, qui permettraient de composer avec ces très graves problèmes qui affligent les citoyens et les collectivités métisses. Les peuples autochtones doivent composer avec de nombreux problèmes et défis dans le domaine de la santé. Les statistiques montrent une incidence élevée du VIH, de l'hépatite C, d'itinérance, d'éclatement de familles, de pauvreté, de faible scolarité, et cetera. La liste est très longue. Les Métis sont affectés de la même façon par tous ces problèmes, mais nous n'avons pas la possibilité de les résoudre.

Voilà pourquoi, dans notre exposé — et je suis heureux que votre rapport en parle. Vous demandez instamment au gouvernement fédéral de se pencher sur ces questions, d'offrir un accès équitable aux Métis et d'examiner les questions liées à la santé. Vous insistez aussi sur le fait que le gouvernement fédéral doit réagir d'une façon étendue afin de veiller à ce qu'on examine ces autres enjeux. Si seulement un ministère adopte la bonne approche, disons — même si ce n'est pas le cas, Santé Canada, et les autres ministères ne suivent pas son exemple, le résultat ne serait que superficiel. On ne pourrait pas dire que le gouvernement s'attaque au problème de front. Ce serait comme lancer de l'argent par les fenêtres, car, au bout du compte, cela ne réglerait rien pour notre peuple.

I think there is a lot of goodwill. Certainly, I am very pleased with your report. In the past three or four years, there is growing support and understanding for our position amongst different sectors in the federal government. There is a growing recognition that we are here, that our issues are legitimate and that they must be dealt with.

A lot of the solutions are there. Canadian taxpayers spent \$60 million studying all Aboriginal people through the Royal Commission on Aboriginal Peoples. The commission's report encompasses recommendations and solutions that, if the federal government were to implement, would go a long way in addressing these issues that I point out.

Over the years, I have made many presentations to both levels of government. Sometimes it is discouraging because it does not seem like we are making enough progress.

Some good reports have been written. I point out, for example, the report that was done on Aboriginal veterans by the Senate a couple of years ago. That report made awesome recommendations in terms of addressing the issues of Aboriginal veterans who went to fight for our country. It was tabled, and then it was shelved and is collecting dust. The federal government does not really seem to be responding in a meaningful way to any of those issues.

The same could happen here. We could make all the right arguments and a wonderful report could be written establishing all of the rationales and arguments for why this must be done and that must be done. However, if the people in power do not listen and do not make policy changes, and if there is no leadership and no political will, then sometimes we get the impression that we are simply spinning our wheels.

I do not pretend that this committee, whose mandate it is to explore health-related issues in Canada, can necessarily find all the solutions or implement those changes. However, somewhere along the line somebody has to say this: "Look, it is time for change; it is time to come to grips with these issues. Here are our recommendations. We spent this or that amount of money on the report. Here is what we are saying. Let's do it. Let's demonstrate political will and make those changes."

We have been dealing with Ralph Goodale, the federal Métis interlocutor. He has been doing a reasonably good job. He has certainly been doing his part within the federal government. In many ways, too, he faces a lot of the same barriers and constraints that myself and other Métis leaders face in terms of convincing cabinet, the Prime Minister's Office, all the powers within the federal government, including the bureaucracy, which has a lot of power. Certainly, the Department of Justice lawyers and their opinions carry a lot of weight with the federal government.

Je crois qu'il y a beaucoup de bonne volonté. Soyez certain que je suis très heureux du contenu de votre rapport. Au cours des trois ou quatre dernières années, divers secteurs du gouvernement fédéral affichent une compréhension et un soutien croissants à l'égard de notre position. Il y a une reconnaissance croissante du fait que nous sommes là, que nos problèmes sont légitimes et qu'il faut trouver des solutions.

De nombreuses solutions existent déjà. Les contribuables canadiens ont versé 60 millions de dollars pour qu'on étudie tous les peuples autochtones, dans le cadre de la Commission royale sur les peuples autochtones. Le rapport de la Commission s'assortit de recommandations et de solutions qui pourraient contribuer largement à résoudre les problèmes que j'ai signalés, si le gouvernement décidait de les mettre en oeuvre.

Au fil des ans, j'ai présenté de nombreux témoignages devant les deux ordres de gouvernement. Cela est parfois décourageant, car nous n'avons pas l'impression de faire suffisamment de progrès.

De bons rapports ont été présentés. Mentionnons, par exemple, le rapport du Sénat sur les anciens combattants autochtones, il y a deux ans. Ce rapport présentait des recommandations fantastiques à l'égard de problèmes touchant d'anciens combattants autochtones qui étaient partis à la guerre pour notre pays. Le rapport a été déposé et mis sur une tablette, et, maintenant, il dort sous la poussière. Le gouvernement fédéral ne semble pas vraiment réagir d'une façon sérieuse à tous ces problèmes.

La même chose pourrait se produire maintenant. Nous pourrions présenter tous les bons arguments, et on rédigerait un rapport merveilleux qui explique le bien-fondé de telle ou telle mesure. Toutefois, si les gens au pouvoir n'écoutent pas et ne changent pas leurs politiques, et s'il n'y a ni leadership ni volonté politique, alors nous aurons l'impression que tout notre travail n'était que du vent.

Je ne prétends pas que votre comité, dont le mandat consiste à examiner les enjeux en matière de santé au Canada, peut nécessairement trouver toutes les solutions ou apporter les changements qui s'imposent. Cependant, à un moment donné, quelqu'un doit se lever pour dire: «Écoutez, il est temps de changer les choses, il est temps de résoudre ces problèmes. Voici nos recommandations. Nous avons dépensé telle ou telle somme d'argent sur le rapport. Voici ce que nous disons. Faisons-le. Faisons preuve de volonté politique et changeons les choses.»

Nous sommes en communication avec Ralph Goodale, représentant du gouvernement fédéral auprès des Métis, qui fait un travail raisonnablement bon. On peut certainement affirmer qu'il fait sa part au sein du gouvernement fédéral. Il doit composer avec nombre des obstacles et contraintes auxquels les dirigeants métis doivent faire face, lorsque vient le temps de convaincre le Cabinet, le Cabinet du premier ministre, toutes les instances du gouvernement fédéral, y compris l'appareil administratif, qui a beaucoup de pouvoir. Il est certain que l'opinion des avocats du ministère de la Justice a beaucoup de poids au sein du gouvernement fédéral.

The question is this: How do we bring about that change? I pointed out to you in my earlier presentation, a few months ago, that we are working on a Métis Nation agenda. It addresses two streams of issues. On the one hand, it addresses the program, service delivery and equity of access for our people to many of the issues we are talking about here in Health Canada. It also addresses the more difficult questions of Métis rights, legal rights and jurisdictional issues.

We are finding it a little bit frustrating breaking down the barriers, particularly as it relates to the federal government legally recognizing that we exist as a people, that our rights are affirmed in the Constitution of Canada, that there has to be processes where we can have constructive negotiations to begin implementing these rights. Perhaps we may have underestimated to some extent how difficult it will be to overcome those barriers. I think that is what we are finding.

Our written brief contains a lot of facts and good arguments. A number of figures and data are included. Again, I think ultimately it comes down to leadership and political will.

In this particular area, since you have the mandate of addressing health — and I did point this out to Ralph Goodale in our last meeting — there are a number of departments that have moved a bit. For example, Human Resources Development Canada, for the last six or seven years, has devolved a fair amount of dollars to our five member organizations in the Prairie provinces, Ontario and B.C. to address training and employment issues in our communities. I think we get, collectively, maybe, anywhere from \$40 million to \$50 million dollars a year.

That is a significant breakthrough, when you compare that to the history that I described to you. This is encouraging. It has its challenges and there are ongoing issues, but we try to work them out and we are generally successful in delivering those programs to our people.

Other departments, especially since the federal government responded in "Gathering Strength," have been moving a little, but not to the extent of HRDC. We actually have a national accord through the MNC with HRDC to devolve those programs and services to our member organizations in the area of training and employment. Some other line departments have moved a bit.

Health Canada is probably — if we were to issue a report card, Health Canada would be at the bottom in terms of where they rank in their response to Métis people. We are having difficulty getting a meeting with the minister to address these issues. I have not met with him for at least three years, I think. In terms of diabetes, several millions dollars were made available for Aboriginal people.

The Chairman: In your report, you explain the numerous committees that you are sitting on.

Mr. Morin: Absolutely.

Ma question est la suivante: comment pouvons-nous favoriser le changement? À l'occasion de mon dernier témoignage, il y a quelques mois, j'avais signalé que nous élaborerions une stratégie en deux volets sur la nation métisse. D'une part, la stratégie traite de la fourniture de programmes et services et de l'accès équitable pour notre peuple à l'égard d'un grand nombre des enjeux touchant Santé Canada qui ont été soulevés ici. D'autre part, elle apporte les questions, plus difficiles, des droits des Métis, des droits légaux et des questions touchant les compétences.

Nous éprouvons un peu de frustration lorsque nous tentons de franchir les obstacles, en particulier pour que le gouvernement fédéral reconnaisse légalement notre existence comme peuple, que nos droits soient enchâssés dans la Constitution du Canada, pour qu'on lance des processus permettant de mener des négociations constructives pour commencer à respecter ces droits. Nous avons peut-être sous-estimé, dans une certaine mesure, toutes les difficultés que nous allons éprouver pour franchir ces obstacles. Je crois que c'est ce que nous constatons.

Notre mémoire présente beaucoup de faits et de bons arguments. On y trouve un certain nombre de graphiques et de données. Je le répète, je crois que, finalement, tout est question de leadership et de volonté politique.

À cet égard, puisque vous avez pour mandat d'examiner les questions touchant la santé — et j'ai signalé ce point à Ralph Goodale à l'occasion de notre dernière rencontre —, un certain nombre de ministères se sont améliorés. Par exemple, depuis six ou sept ans, Développement des ressources humaines Canada a attribué des sommes conséquentes à nos cinq organismes membres des Prairies, de l'Ontario et de la Colombie-Britannique pour la prise de mesures de formation et d'emploi dans nos collectivités. Je crois que nous touchons, collectivement, de 40 à 50 millions de dollars par année.

C'est une percée considérable lorsqu'on tient compte des antécédents que je vous ai décrits. C'est encourageant. Cela comporte des défis, il y a des problèmes permanents, mais nous tentons de les résoudre, et nous connaissons généralement du succès lorsque nous offrons ces programmes à notre peuple.

D'autres ministères, surtout depuis la réponse du gouvernement fédéral dans «Rassembler nos forces», ont réalisé des progrès, mais rien de comparable à ceux de DRHC. De fait, nous avons conclu un accord national, par l'entremise du RNM, avec DRHC, concernant l'attribution de responsabilités à nos organismes membres concernant les programmes et services dans le domaine de la formation et de l'emploi. Certains autres ministères responsables ont bougé un peu.

Santé Canada est probablement — si on devait préparer un bulletin, Santé Canada serait au dernier rang en ce qui concerne sa réaction aux Métis. Nous avons de la difficulté à obtenir une rencontre avec le ministre pour aborder ces questions. Je ne l'ai pas rencontré depuis au moins trois ans, je crois. Pour le diabète, on a versé plusieurs millions de dollars aux peuples autochtones.

Le président: Dans votre rapport, vous décrivez les nombreux comités dont vous faites partie.

M. Morin: Certainement.

The Chairman: They are all dominated by Health Canada.

Mr. Morin: We get \$100,000 a year to address this issue. We do not get the \$5 billion a year from Indian Affairs to hire core staff to do research in the area of health. We get \$100,000, and out of that we pay the salary and travel expenses of an individual. I am sure the diabetes problems in our communities are just as great as they are for First Nations and Inuit people. If your report influenced Health Canada to begin responding to our people, then that would represent some progress.

The Chairman: It is at a hearing like this when I hear you talk extemporaneously that I understand. There should be no doubt in anyone's mind about the value of a hearing like this. We can always read the report; it is your extemporaneous comments that are very useful, however.

Before I turn to Senator Morin, can I ask you just to clarify one thing. With respect to your memorandum of agreement with HRDC, you said something about five members. Could you please explain that further.

Mr. Morin: The Métis National Council is made up of five provincial member organizations.

The Chairman: That is what you mean by the five. Okay.

Do you have any idea why it was you have been able to negotiate an agreement with HRDC? Were there problems with a particular minister at one time, or was it that you had a particularly sympathetic regional ADM?

Mr. Morin: That is a really good question. Actually, I am not sure about that. All I can relate to you is my own personal experience. These discussions actually started when the Tories were in power in the 1980s. I forget the minister at the time, but we began discussions in the 1980s. I am not sure the department was called HRDC then.

The Chairman: It would have been Manpower and Immigration, maybe.

Mr. Morin: Nevertheless, we began discussions back then about the whole idea of devolving training and employment programming to Aboriginal people. There was a very pan-Aboriginal board in place. We struggled just to ensure amongst Aboriginal people that the Métis had fair representation in that process and a fair amount of the resources. That was a struggle in itself. However, we were successful in that.

In the 1990s, there was devolution of these training programs to various Aboriginal organizations across the country, First Nations, Métis and Inuit. That existed for several years and then, I think in 1995, the MNC signed — I cannot remember its name — a national accord on human resource development with HRDC, formalizing the arrangements in which HRDC devolved those

Le président: Ils sont tous dominés par Santé Canada.

M. Morin: Nous recevons annuellement 100 000 \$ pour régler cette question. Nous ne recevons pas les cinq milliards de dollars par année des Affaires indiennes pour embaucher du personnel de base qui serait chargé d'effectuer des recherches dans le domaine de la santé. Nous recevons 100 000 \$, et cela nous permet de payer le salaire et les frais de déplacement d'une personne. Je suis certain que le problème de diabète est aussi grave dans nos collectivités que dans les collectivités des Premières nations et des Inuits. Si votre rapport incite Santé Canada à nous écouter, cela constituerait un progrès.

Le président: C'est grâce à nos audiences, où j'entends vos discours improvisés, que j'arrive à comprendre. On ne doit surtout pas douter de la valeur de nos audiences. Nous pouvons toujours lire le rapport. Les audiences nous permettent d'entendre vos commentaires spontanés, qui nous sont très utiles.

Avant de céder la parole au sénateur Morin, j'aimerais vous demander de clarifier quelque chose. Concernant le protocole d'entente que vous avez conclu avec DRHC, vous avez fait référence à «cinq membres». Pourriez-vous nous expliquer de quoi il s'agit?

M. Morin: Le Ralliement national des Métis est constitué de cinq organismes provinciaux.

Le président: Et c'est ce que vous vouliez dire par cinq membres. D'accord.

Savez-vous pourquoi vous avez réussi à négocier une entente avec DRHC? Avez-vous connu des problèmes avec un ministre particulier, ou avez-vous seulement eu affaire à un SMA régional particulièrement sympathique?

M. Morin: C'est une très bonne question. En réalité, je ne suis pas certain. Je ne peux que vous parler de mon expérience personnelle. Ces discussions ont été amorcées pendant le règne des Conservateurs, dans les années 80. J'oublie le nom du ministre de l'époque, mais nous avons lancé les discussions au cours des années 80. Je ne suis pas certain que le ministère s'appelait DRHC à l'époque.

Le président: Il s'agissait peut-être du ministère de la Main-d'oeuvre et de l'Immigration.

M. Morin: Quoi qu'il en soit, c'est à cette époque que nous avons lancé les discussions sur cette idée de confier les programmes de formation et d'emploi aux peuples autochtones. Le conseil en place était très panautochtone. Nous avons lutté juste pour assurer une représentation équitable des Métis par les Autochtones participant au processus, et pour obtenir une juste part des ressources. Cela constituait une lutte en soi. Mais nous avons relevé le défi.

Au cours des années 90, ces programmes de formation ont été confiés à divers organismes autochtones de partout au pays, soit des organismes représentant les Premières nations, les Métis et les Inuits. Cette situation a duré pendant plusieurs années et, vers 1995, je crois, le RNM a signé — je ne me souviens pas du nom officiel — un accord national avec DRHC sur le développement

training and employment dollars to the MNC and its member organizations.

That expired in 1999, and we signed another similar accord, which is in existence until 2004. We are beginning work on negotiating a new accord when this one expires in 2004.

There is always an ongoing struggle. We have heard unofficially, for example, that some people within the federal government are saying that HRDC should never have entered into this kind of an accord with the Métis, that our expectations have been raised. Some argue that a precedent has been set, admitting federal jurisdiction, that the federal government has allowed the Métis to make the argument that it does have federal jurisdiction. Some say that the federal government's longstanding legal and jurisdictional position has been jeopardized with regard to the Métis. There is actually advice being given to the effect that these agreements should not be renegotiated with the Métis as of 2004 because of that longstanding position.

I want to point out one other thing, which I know it is not strictly within your mandate but which indicates some of the problems. I talked about the report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples, a comprehensive report that delved into every aspect of Aboriginal life in Canada, including ours. The report was comprehensive, including about 440 recommendations. They dedicated one entire chapter to the Métis in which there were some very, very positive recommendations.

In January 1998, the federal government responded in a written document called "Gathering Strength." As well, additional commitments were made verbally and publicly by federal ministers, Ralph Goodale and so on. Hence, there were verbal and written commitments. The federal government has implemented a number of those commitments.

Let me give you an example. The Métis Nation represents at least 300,000 people in Canada. I would say. We are the Métis National Council, and we advocate for our people nationally and internationally. Prior to "Gathering Strength," we were getting about \$250,000 a year in core funding to run our head office in Ottawa to represent the interests of the Métis Nation in Canada. One of the commitments in "Gathering Strength" was the increase of core funding, so that Aboriginal organizations would have a greater capacity to represent their people. Hence, our core funding was increased from \$250,000 to \$450,000.

In the overall scheme of things, this is a small issue, but it is a very important one to us, because the capacity to represent our people is ultimately very important in terms of advocating for their interests, et cetera. We heard just a few days ago that the commitment in "Gathering Strength" will expire on March 31 and that Heritage Canada does not intend to go to Treasury Board or cabinet, whoever is responsible, to seek a renewal of this increased level of core funding.

des ressources humaines, selon lequel DRHC confiait officiellement son budget pour ses programmes de formation et d'emploi au RNM et à ses organismes membres.

L'entente a pris fin en 1999, et nous avons signé une entente similaire, en vigueur jusqu'en 2004. Nous commençons à travailler sur la négociation d'une nouvelle entente qui, en 2004, succédera à l'entente actuellement en vigueur.

Mais c'est une lutte constante. Nous avons entendu des commentaires officieux selon lesquels, par exemple, certaines personnes au sein du gouvernement fédéral croient que DRHC n'aurait jamais dû conclure une telle entente avec les Métis, car nos attentes se sont accrues. Certains avancent que cela crée un précédent, que cela constitue une admission de la compétence fédérale, que le gouvernement fédéral permet aux Métis de faire valoir qu'ils relèvent de la compétence fédérale. Certains disent que la position adoptée depuis longtemps par le gouvernement fédéral au chapitre du statut juridique des Métis et des compétences du gouvernement a été compromise. De fait, en raison de cette position de longue date, certains conseillent de ne pas renouveler ces ententes avec les Métis à compter de 2004.

Je tiens à souligner un autre aspect qui, je sais, ne s'inscrit pas nécessairement dans votre mandat, mais qui témoigne de certains problèmes. J'ai parlé du rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, un rapport complet qui se penchait sur tous les aspects touchant la vie des Autochtones au Canada, y compris les Métis. Le rapport était vaste et s'assortissait d'environ 440 recommandations. On a consacré un chapitre entier aux Métis, et ce chapitre contenait des recommandations très, très positives.

En janvier 1998, le gouvernement fédéral répondait au moyen d'un document intitulé «Rassembler nos forces». De plus, des engagements publics supplémentaires ont été pris par des ministres fédéraux, par Ralph Goodale et d'autres représentants. Il y a donc eu des engagements verbaux et écrits. Le gouvernement fédéral a respecté un certain nombre de ces engagements.

Laissez-moi vous fournir un exemple. La nation métisse comprend au moins 300 000 personnes au Canada, je dirais. Nous sommes le Ralliement national des Métis, et nous cherchons à promouvoir les intérêts des Métis, à l'échelle nationale et internationale. Avant «Rassembler nos forces», nous touchions environ 250 000\$ par année de financement de base pour faire fonctionner notre siège d'Ottawa et promouvoir les intérêts de la nation métisse au Canada. L'un des engagements énoncés dans «Rassembler nos forces» était l'augmentation du financement de base visant à permettre aux organismes autochtones de jouir d'une capacité accrue de représenter leurs peuples respectifs. Notre financement de base est donc passé de 250 000 \$ à 450 000 \$.

C'est un enjeu mineur lorsqu'on envisage toute l'affaire, mais c'est un enjeu très important pour nous, car la capacité de représenter notre peuple et finalement de promouvoir ses intérêts, et cetera, est très importante. Nous avons entendu, il y a quelques jours seulement que l'engagement annoncé dans «Rassembler nos forces» prend fin le 31 mars, et que Patrimoine Canada ne compte pas s'adresser au Conseil du Trésor ou au Cabinet, quiconque est responsable, pour obtenir un renouvellement de ce niveau de financement de base accru.

Therefore, if the increased funding is not renewed, our core funding will drop from \$450,000 to \$250,000. I suppose the federal government can argue that it has fulfilled its "Gathering Strength" commitment of increasing core funding to Aboriginal organizations, which would only have lasted for three years.

This is discouraging. Quite frankly, what is happening in terms of global and international affairs affects us. People are beginning to realize that more so than before. As a result of the events of September 11, there are increased pressures now to spend on security and national defence issues. In times like this, Canadians tend to be less sympathetic to the plight of Aboriginal people and certain other domestic concerns.

Hence, it is fair to say, and certainly in my travels and from the discussions that I have had with our people, there is a lot of concern out there. Our expectations were raised. We gathered a lot of momentum, and we are hoping that we will continue to go in that direction. Nevertheless, there is a lot of concern that perhaps we may lose that momentum.

Senator Morin: Thank you very much, Mr. Morin, for attending here again to address a very important problem.

You did not answer Senator Kirby's question concerning whether the health services of Aboriginals should move from Health Canada to Indian Affairs. I think that is a very important issue; it is important that it be answered. There are several arguments there to be made in favour of that.

The second point is dealing with research. You state here, you underscore the statement, that research is very important in dealing with Aboriginal health. You say the following: "Research should arise out of the needs of the Aboriginal community and with their full cooperation and acquiescence."

You might not remember, but I think when you were here, a presentation from the Institute of Aboriginal Peoples' Health. The director is Jeff Reading, himself a Mohawk Indian. I believe their advisory committee consists of a majority of Aboriginal people. It is well-funded — maybe not sufficiently funded, and that is another issue; maybe we could consider giving it more funding. By the way, their work, their reports, the minutes of their meetings are on the Web. They can be accessed through the CIHR Web site.

From what I read, it seems to be a totally Aboriginal committee. They have a strategic plan, which has been initiated, as far as I can see, by Aboriginal people. Perhaps you will fault with that. If you do, I would be very much interested in knowing what your reaction is to it.

Many people were hoping that this would be really an answer to the problem you have raised in your document.

Ainsi, si le financement accru n'est pas renouvelé, notre financement de base tombera de 450 000 \$ à 250 000 \$. Je suppose que le gouvernement fédéral peut faire valoir qu'il a respecté l'engagement qu'il a énoncé dans «Rassembler nos forces» d'accroître le financement de base des organismes autochtones, ce qui n'aura duré que trois ans.

C'est décourageant. Pour parler franchement, les événements qui se produisent actuellement sur la scène internationale nous touchent. Les gens commencent à comprendre cela davantage. En raison des événements du 11 septembre, la pression est plus forte pour qu'on dépense davantage pour la sécurité et la défense nationale. Dans de telles circonstances, les Canadiens ont tendance à moins se préoccuper du sort des peuples autochtones et d'autres questions nationales.

On peut donc affirmer avec raison que beaucoup de gens sont préoccupés, et je l'ai constaté à l'occasion de mes voyages et des discussions que j'ai eues avec les gens de notre peuple. On a stimulé nos attentes. Nous avons amorcé un mouvement, et nous espérons poursuivre dans cette direction. Néanmoins, de nombreuses personnes craignent que nous ne perdions notre élan.

Le sénateur Morin: Merci beaucoup, monsieur Morin, de nous avoir rencontrés de nouveau afin d'aborder ce problème très important.

Vous n'avez pas répondu à la question du sénateur Kirby concernant le transfert éventuel de responsabilités en matière de soins de santé pour les Autochtones de Santé Canada aux Affaires indiennes. Je crois qu'il s'agit là d'une question très importante, et qu'il est important d'y répondre. Plusieurs arguments justifieraient un tel transfert.

Le deuxième point que j'aimerais soulever concerne la recherche. Vous insistez sur le fait que la recherche est très importante en ce qui concerne la santé des Autochtones. Vous déclarez ce qui suit: «La recherche devrait être liée aux besoins de la collectivité autochtone et être menée avec sa pleine coopération et son assentiment.»

Je ne sais pas si vous vous souvenez d'un exposé présenté par l'Institut de la santé des Autochtones, mais je crois que vous y étiez. Le directeur est Jeff Reading, qui est un Mohawk. Je crois que le comité consultatif de l'Institut est constitué d'une majorité d'Autochtones. L'Institut bénéficie d'un bon financement — il n'est peut-être pas suffisant, et ça, c'est une autre question; il faudrait peut-être envisager de lui consentir plus de financement. En passant, le site Web de l'Institut permet de consulter des comptes rendus des travaux, des rapports et des procès-verbaux des réunions.

On peut y accéder par l'entremise du site Web des IRSC. D'après ce que j'ai lu, il semble que le comité soit entièrement constitué d'Autochtones. Il est doté d'un plan stratégique, élaboré d'après ce que je vois par les Autochtones. Peut-être êtes-vous critique à l'égard d'une telle démarche, et si vous l'êtes, je serais très intéressé à connaître votre réaction.

De nombreuses personnes espèrent que cela permettrait vraiment de résoudre le problème que vous avez soulevé dans votre mémoire.

Mr. Morin: With respect to the earlier question that was asked by Senator Kirby, for us, that would not be a solution, because the Indian Affairs and Northern Development strictly has the mandate of dealing with First Nations and Inuit people in Canada, primarily First Nations people on reserve. First Nations people off reserve complain that they are not being serviced adequately, and they are being discriminated against as well. DIAND's mandate is strictly to address the issues of First Nations and Inuit people in Canada. Of the \$5 billion a year, plus, that goes to the department, none is available to Métis people. Hence, that would not solve it for us.

Because of the historical policy of non-recognition of our people by the government, it does not have the capacity nor has not it created any institutional change to be able to address our issues adequately. That is a big problem.

I think, Senator Morin, you were talking about the National Aboriginal Health Association?

Senator Morin: No, I was referring to the Canadian Institutes of Health Research. Within the Canadian Institutes of Health Research, there is the Institute of Aboriginal Peoples' Health. When you presented to us the last time, immediately after you there was a presentation by Dr. Jeff Reading, who is a well-known researcher. As I said, he is a Mohawk Indian. He gave a very good presentation on the status of Aboriginal health. The institute is conducting health research in the area of Aboriginal health. They are well-funded. The majority of the people at that institute are Aboriginal. If you go to www.cihr.ca, you will see a list of the institutes. You can access the Institute of Aboriginal Peoples' Health there.

Dr. Reading is very available. I have phoned him on several occasions. He will be very pleased to meet with you personally.

The Chairman: I think that would be a good idea.

Senator Pépin: I have to tell you that the Métis have a very outspoken person in the Senate. For two years, Senator Chalifoux, who is a Métis, has advocated for the Métis people. She has an office in Morinville, Alberta.

Senator Morin: A very good name.

Senator Pépin: Senator Chalifoux speaks for her people.

As you said, you do not have access to research and things like that. I was not present for your first presentation, but I must agree. I support Senator Morin, that the federal government really has to do something.

It is quite interesting that you have not had a meeting in three years with the Minister of Health.

Mr. Morin: Well, we are still trying.

Senator Pépin: We may be able to help you on that one.

M. Morin: En ce qui a trait à la question posée par le sénateur Kirby, un tel transfert ne constituerait pas, selon nous, une solution, car le mandat du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien ne concerne que les Premières nations et les peuples inuits du Canada, principalement les peuples des Premières nations qui vivent en réserve. Les gens des Premières nations qui vivent hors réserve se plaignent de ne pas bénéficier de services convenables et d'être victimes de discrimination. Le mandat du MAINC consiste uniquement à résoudre les problèmes des Premières nations et des peuples inuits du Canada. Des quelque cinq milliards de dollars versés annuellement au ministère, rien n'est réservé aux Métis. Par conséquent, un transfert de responsabilité n'est pas une solution à notre problème.

En raison de cette politique de non-reconnaissance de notre peuple par le gouvernement, qui a toujours eu cours, ce dernier ne possède pas la capacité et n'a pas apporté les changements institutionnels nécessaires pour résoudre nos problèmes de façon adéquate. C'est un gros problème.

Je crois, sénateur Morin, que vous parliez de l'Association nationale de la santé des Autochtones?

Le sénateur Morin: Non, je faisais référence aux Instituts de recherche en santé du Canada, dont fait partie l'Institut de la santé des Autochtones. À l'occasion de votre dernier témoignage, vous avez été suivi de M. Jeff Reading, chercheur bien connu. Comme je l'ai déjà dit, M. Reading est un Mohawk. Il a présenté un très bon exposé sur les soins de santé aux Autochtones. L'Institut mène des recherches sur le domaine des soins de santé destinés aux Autochtones. L'Institut jouit d'un bon financement. La plupart des personnes à l'Institut sont Autochtones. Si vous vous rendez au site www.cihr.ca, vous trouverez une liste des instituts. C'est à cet endroit que vous pourrez accéder à de l'information sur l'Institut de la santé des Autochtones.

M. Reading est très accessible. Nous avons conversé au téléphone à plusieurs reprises. Il sera heureux de vous rencontrer personnellement.

Le président: Je crois que c'est une bonne idée.

Le sénateur Pépin: Je dois vous dire que les Métis ont une porte-parole au Sénat et qu'elle est reconnue pour son franc-parler. Depuis deux ans, le sénateur Chalifoux, qui est une Métisse, défend les intérêts des Métis. Elle a un bureau à Morinville, en Alberta.

Le sénateur Morin: Un très bon nom.

Le sénateur Pépin: Le sénateur Chalifoux parle pour les Métis.

Comme vous l'avez dit, vous n'avez pas accès à la recherche et d'autres choses du genre. Je n'ai pas assisté à votre exposé, mais je suis d'accord, j'appuie l'opinion du sénateur Morin selon laquelle le gouvernement fédéral doit vraiment faire quelque chose.

Il est plutôt intéressant d'apprendre que vous n'avez pas rencontré le ministre de la Santé en trois ans.

M. Morin: Bien, nous essayons encore.

Le sénateur Pépin: Nous pourrions peut-être vous donner un coup de main à cet égard.

Mr. Morin: If you do not mind.

I would now ask my colleague, Mr. Fidler, if he has anything to add.

Mr. Don Fidler, Director, Health Care, Métis National Council: I thank you, as well, for the opportunity to appear. The issue of research is an important one, and, yes, there are some sectors that are doing research, and particularly in Aboriginal health. Our problem is that still, in terms of the needs, a lot of the research dollars are going to the academic community. A lot of the direction of research is directed, essentially, by Health Canada. There still is very little attention paid to us, as to what type of research is needed. There is not much attention paid to the question of building capacity in research. We are dealing with a widely dispersed community, and I think you would have to agree that if we are to have a chance of addressing the health needs of Aboriginal Canadians, it is Aboriginal Canadians who will have the opportunity to do that. In order to do that one needs to be able to gather the information. More often than not, one has to gather the information at the community level.

Because of the nature of research in Canada, which more or less is determined by bureaucracies that set the limits of research, such that it is academics from mainstream universities that get bulk of it. For example, SSHRC is directing a lot of research in Canada. Community-based researchers oftentimes are shut out. SSHRC did start a program, under what they call CURA, which essentially is a community-based research program. It is showing some promise. We need to be able to find ways to access research dollars, so that we can look at the needs of our people from our point of view. We need, as well, to be able to build capacity. In order to do that, partnerships must be created with local communities and researchers so that research is not vested or in the ownership of those who do it but research belongs to the people that the researchers are working with.

One of the major problems we as Aboriginal peoples have experienced is that we have lived a fish-bowl existence as far as research goes. A lot of people have made a lot of money. Also, the academic credentials of the researchers are based upon the research that they have done with Aboriginal peoples but very little of it has come back to ourselves. I think that we need to start looking at a different way of doing research. We have to look at the notion that perhaps meaningful research is not necessarily the purview of academics but that community-based people also should have the capacity to be able to look at the questions that are important to them.

Senator Keon: I will not ask you a question, Mr. Morin. Your presentation was very clear. You have my complete understanding and support. I can assure that we, as a committee, will give some real time to your predicament. I wish you well and hope that you see some daylight soon. If there is anything that I can do as an individual or as a member of this committee or as a member of the Senate at any time, I would like to.

M. Morin: Je vous en saurais gré.

J'aimerais maintenant demander à mon collègue, M. Fidler, s'il a quelque chose à ajouter.

M. Don Fidler, directeur, Soins de santé, Ralliement national des Métis: Je tiens aussi à vous remercier de nous accorder l'occasion de témoigner. La question de la recherche est importante et, effectivement, certains secteurs effectuent des recherches, en particulier dans le domaine des soins de santé aux Autochtones. Notre problème, en ce qui a trait aux besoins, c'est qu'une part importante des fonds destinés à la recherche sont encore consentis aux chercheurs. Beaucoup de chercheurs sont dirigés, essentiellement, par Santé Canada. On porte très peu d'attention au type de recherche dont les Métis ont besoin. On ne prête pas une grande attention à la question du renforcement des capacités de recherche. Nous représentons une communauté très dispersée, et je crois que vous conviendrez que, pour réussir à répondre aux besoins des Autochtones canadiens en matière de soins de santé, il faut qu'on donne aux Autochtones canadiens l'occasion de le faire. Pour y parvenir, il faut être en mesure de recueillir de l'information. Plus souvent qu'autrement, cette information doit être recueillie à l'échelon communautaire.

En raison de la nature de la recherche au Canada, plus ou moins déterminée par des bureaucraties qui fixent les limites de la recherche, les chercheurs des grandes universités touchent l'essentiel du financement. Par exemple, le CRSH dirige beaucoup de recherches au Canada. Bien souvent, les chercheurs communautaires sont exclus. Néanmoins, le CRSH a lancé un programme, s'inscrivant dans les ARUC, qui est essentiellement un programme de recherche communautaire. C'est un programme prometteur. Nous devons trouver des moyens d'obtenir des fonds de recherche afin d'examiner les besoins de notre peuple selon notre point de vue. Nous devons aussi être capables de renforcer la capacité. Pour ce faire, il faut créer des partenariats avec les collectivités et les chercheurs afin que les recherches servent les intérêts non pas de ceux qui les dirigent, mais bien ceux qui sont concernés et les aident.

L'un des grands problèmes des peuples autochtones c'est qu'en matière de recherche, nous menons notre vie en vase clos. Beaucoup de gens ont fait beaucoup d'argent. De plus, les chercheurs se sont forgé de solides réputations en effectuant des recherches sur les peuples autochtones, mais ces derniers ont tiré très peu de chose de ces recherches. Je crois que nous devrions envisager d'autres façons de mener des recherches. Je crois que nous devons envisager la possibilité que les universitaires ne sont peut-être pas les seuls à pouvoir mener des recherches valables, et que les collectivités devraient aussi être capables d'examiner les questions qui sont importantes à leurs yeux.

Le sénateur Keon: Je ne vous poserai pas de question, monsieur Morin, votre exposé est très clair. Je comprends votre point de vue, et je l'appuie totalement. Je peux vous assurer que notre comité se penchera sérieusement sur votre situation difficile. Je vous souhaite bonne chance et j'espère que vous verrez bientôt la lumière au bout du tunnel. Je tiens à ce que vous sachiez que je suis disposé à fournir mon aide, à titre de citoyen, de membre du comité, ou de membre du Sénat.

Mr. Morin: Thank you.

The Chairman: I want to thank you for attending here. As our report indicates, we were substantially influenced by your previous presentations.

Mr. Morin: Yes.

The Chairman: Just to pick up on Senator Keon's point. Some of us who have been around the Aboriginal issue for a long time, 20 years in my case, understand the dilemma that the Métis have always had, frankly, and would be delighted to do whatever we can to push it, not just on this front but on other fronts. You are quite right, the federal government has a policy in some sense of non-acknowledgement, but having been involved in the constitutional negotiations you were acknowledged. It is an are-you-or-aren't-you kind of situation.

Therefore, anything we can do to help push those issues, please let us know. Just call us personally; we would be delighted to help.

Mr. Fidler: I just wanted to respond to a previous question relative to Health Canada. One of the great problems we have with Health Canada is that Health Canada's official position is that they have no mandate to be able to deliver services to anyone other than First Nations and Inuit. Hence, in any discussion that we have with them, in terms of accessing even something that may come close to equitable delivery of services, their official reaction always is that they have no way of being able to do that because they have not been given the mandate to do that.

The Chairman: We will undertake to investigate that question. I am not surprised that that is the position, but it is inconsistent with some government positions vis-à-vis the Métis on other questions. It is the inconsistency that makes it very hard to read.

Mr. Morin: I just want to say in closing that I thank you very much. This has been our second presentation to this committee. I can tell from your report that you listened to us the first time. We like the report and the recommendations. I thank you very much for hearing from us, and I hope your next report will have some impact on the federal government. I wish you well in your work.

The Chairman: Thank you. We will keep pushing.

The committee adjourned.

M. Morin: Merci.

Le président: Je vous remercie d'avoir témoigné. Comme l'indique notre rapport, vos témoignages antérieurs nous ont grandement influencés.

M. Morin: Oui.

Le président: J'aimerais seulement revenir sur le point soulevé par le sénateur Keon. Certains d'entre nous travaillent sur la question autochtone depuis longtemps, dans mon cas, 20 ans, et je comprends le dilemme auquel les Métis ont toujours été confrontés. Franchement, nous serions très heureux de faire tout ce que nous pouvons pour faire avancer cette question, non seulement ici, mais devant d'autres instances. Vous avez tout à fait raison, les politiques du gouvernement fédéral appliquent une certaine forme de non-reconnaissance, mais, puisque j'ai participé aux négociations constitutionnelles, je peux vous affirmer qu'on vous a reconnus. Le débat revient toujours à la question «l'êtes-vous ou ne l'êtes-vous pas?»

Par conséquent, je vous invite à communiquer avec nous si nous pouvons vous aider à faire avancer les choses. Vous n'avez qu'à nous téléphoner, nous serons heureux de vous aider.

M. Fidler: J'aimerais seulement répondre à une question, posée plus tôt, sur Santé Canada. L'une des choses que nous reprochons à Santé Canada est la position officielle du ministère selon laquelle son mandat ne prévoit que la prestation de services aux Premières nations et aux Inuits. Par conséquent, toute discussion visant à obtenir quelque chose qui ressemble à une prestation de services équitable mène à un refus, car, disent-ils, l'absence de mandat en ce sens les empêche de le faire.

Le président: Nous examinerons cette question. Cette position ne m'étonne pas, mais elle va à l'encontre de certaines positions gouvernementales à l'égard des Métis sur d'autres questions. C'est cette incohérence qui complique les choses.

M. Morin: J'aimerais seulement terminer en vous remerciant. Nous en sommes à notre deuxième témoignage devant votre comité, et, votre rapport montre que vous nous avez écouté la première fois. Nous aimons le rapport et ses recommandations. Je vous remercie de nous avoir écoutés, et j'espère que votre prochain rapport saura convaincre le gouvernement fédéral. Je vous souhaite bonne chance dans vos travaux.

Le président: Merci. Nous continuerons de pousser.

La séance est levée.

From the Arthritis Society of Saskatchewan:

Sherry McKinnon, Executive Director;

Joy Tappin, Board Member.

From the Canadian Parks and Recreation:

Randy Goulden, Executive Director, Tourism Yorkton.

From the Métis National Council:

Gerald Morin, President;

Don Fidler, Director, Health Care.

De la Société d'Arthrite de la Saskatchewan:

Sherry McKinnon, directrice exécutive;

Joy Tappin, membre du conseil d'administration.

De l'Association canadienne des loisirs/parcs:

Randy Goulden, directeur exécutif, Tourisme Yorkton.

Du Ralliement national des Métis:

Gerald Morin, président;

Don Fidler, directeur, Soins de santé.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada —
Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —
Édition
45 Boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Saskatchewan Registered Nurses' Association:

June Blau, President.

From the Victorian Order of Nurses:

Bob Layne, Vice-President, Planning and Government Relations (Western Region);

Lois Clark, Executive Director, VON North Central Saskatchewan;

Brenda Smith, National Board Member (Saskatchewan).

From the Community Health Services (Saskatoon) Association:

Kathleen Storrie, Vice-President;

Ingrid Larson, Director, Member Relations.

As an Individual:

Dr. John Bury

From the Canadian Union of Public Employees (CUPE) Saskatchewan:

Tom Graham, President, CUPE Saskatchewan;

Stephen Foley, President, Health Care Council;

John Welden, Health Care Coordinator, Health Care Council.

From the Saskatoon Chamber of Commerce:

Dave Ductchak, President;

Kent Smith-Windsor, Executive Director;

Jodi Blackwell, Research and Operations Director.

(Continued on previous page)

De la Saskatchewan Registered Nurses' Association:

June Blau, présidente.

Des Infirmières de l'Ordre de Victoria:

Bob Layne, vice-président, Planification et relations gouvernementales (région de l'Ouest);

Lois Clarke, directrice générale, IOV du centre nord de la Saskatchewan;

Brenda Smith, membre du conseil d'administration nationale (Saskatchewan).

De l'Association des services de soins de santé communautaire (Saskatoon).

Kathleen Storrie, vice-présidente;

Ingrid Larson, directrice des relations avec les membres.

À titre individuel:

Le Dr John Bury.

De Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) de la Saskatchewan:

Tom Graham, président, SCFP Saskatchewan;

Stephen Foley, président, Conseil de la santé;

John Welden, Coordonnateur de la santé, Conseil de la santé.

De la Chambre de commerce de Saskatoon:

Dave Ductchak, président;

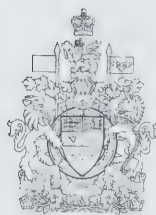
Kent Smith-Windsor, directeur général;

Jodi Blackwell, directrice de la recherche et des opérations.

(Suite à la page précédente)

yc 26
-551

Publications



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001

Première session de la
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Wednesday, October 17, 2001

Le mercredi 17 octobre 2001

Issue No. 32

Fascicule n° 32

Twenty-seventh meeting on:
The state of the health care system in Canada

Vingt-septième réunion concernant:
L'état du système de soins de santé au Canada

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

| | |
|----------------------|------------------|
| Callbeck | Keon |
| Carney, P.C. | * Lynch-Staunton |
| * Carstairs, P.C. | (or Kinsella) |
| (or Robichaud, P.C.) | Morin |
| Cook | Pépin |
| Cordy | Robertson |
| Fairbairn, P.C. | Roche |

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

| | |
|----------------------|------------------|
| Callbeck | Keon |
| Carney, c.p. | * Lynch-Staunton |
| * Carstairs, c.p. | (ou Kinsella) |
| (ou Robichaud, c.p.) | Morin |
| Cook | Pépin |
| Cordy | Robertson |
| Fairbairn, c.p. | Roche |

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

MINUTES OF PROCEEDINGS

EDMONTON, Wednesday, October 17, 2001

(36)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in the Mayfair-Laurier Room, Delta Edmonton Centre Suite Hotel, Edmonton, Alberta, at 8:31 a.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin and Roche (6).

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see proceedings of the committee, Issue No.2.*)

WITNESSES:

From the Premier's Advisory Council on Health (Alberta):

The Hon. Don Mazankowski, Chair;

Peggy Garritty.

From the Department of Health and Social Services (Nunavut):

The Hon. Edward Picco, Minister.

From the Calgary Health Region:

Jack Davis, CEO.

From the Capital Health Authority:

Sheila Weatherill, President and CEO.

From the Canadian Practical Nurses Association:

Pat Fredrickson, President.

From the University of Alberta — Faculty of Nursing:

Dr. Donna Wilson.

From the Health Sciences Association of Alberta:

Elisabeth Ballerman, President.

From the Alberta Association of Registered Nurses:

Sharon Richardson, President.

From the United Nurses of Alberta:

Heather Smith, President.

From the Friends of Medicare:

Christine Burdett, Provincial Chair;

Tammy Horne, Member.

As an individual:

Kevin Taft, Member of the Legislative Assembly of Alberta.

From the Western Canada Waiting List Project:

John McGurran, Project Director.

PROCÈS-VERBAL

EDMONTON, le mercredi 17 octobre 2001

(36)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 8 h 31, dans la salle Mayfair-Laurier du Delta Edmonton Centre Suite Hotel, à Edmonton (Alberta), sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin et Roche (6).

Également présente: De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son étude spéciale de l'état du système de soins de santé au Canada. (*Pour le texte intégral de l'ordre de renvoi, voir les délibérations du comité, fascicule n^o 2.*)

TÉMOINS:

Du Premier's Advisory Council on Health (Alberta):

L'honorable Don Mazankowski, président;

Peggy Garritty.

Du Ministère de la Santé et des Services sociaux (Nunavut):

L'honorable Edward Picco, ministre.

De la Calgary Health Region:

Jack Davis, président-directeur général.

Du Capital Health Authority:

Sheila Weatherill, présidente-directrice générale.

De la Canadian Practical Nurses Association:

Pat Fredrickson, présidente.

De l'Université de l'Alberta — Faculté des soins infirmiers:

La Dre Donna Wilson.

De la Health Sciences Association of Alberta:

Elisabeth Ballerman, présidente.

De l'Alberta Association of Registered Nurses:

Sharon Richardson, présidente.

De United Nurses of Alberta:

Heather Smith, présidente.

De Friends of Medicare:

Christine Burdett, présidente provinciale;

Tammy Horne, membre.

À titre personnel:

Kevin Taft, député, Assemblée législative de l'Alberta.

Du Western Canada Waiting List Project:

John McGurran, directeur de projets.

From the Primary Care Initiative:

Dr. June Bergman.

From the Alberta Consumers Association:

Wendy Armstrong.

From the Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada:

George Arès, President.

From the National Advisory Council on Aging:

Pat Raymaker, Chairperson.

From the Alberta Council on Aging:

Neil Reimer, Secretary/Treasurer.

From the Nechi Institute:

Richard Jenkins, Director of Marketing and Health Promotion;

Ruth Morin, Chief Executive Officer.

From the Executive of the Alberta and Northwest Conference of the United Church of Canada — Health Advisory Committee:

Louise Rogers;

Kent Harold;

Don Junk.

As a walk-on:

Noel Somerville.

The Chairman made a statement. Mr. Mazankowski made a statement, and together with Ms Garritty, answered questions.

The Chairman made a statement. Minister Picco made a statement and answered questions.

The Chairman made a statement. Ms Weatherhill made a statement. Mr. Davis made a statement. The witnesses answered questions.

At 11:25 a.m., Senator LeBreton took the Chair.

The Deputy Chair made a statement. Ms Fredrickson made a statement. Dr. Wilson made a statement. Ms Ballerman made a statement. Ms Richardson made a statement. The witnesses answered questions.

At 12:40 p.m., the sitting was suspended.

At 1:32 p.m., the sitting was resumed, Senator Kirby in the Chair.

The Chairman made a statement. Ms Burdett made a statement. Mr. Taft made a statement. The witnesses answered questions.

The Chairman made a statement. Mr. McGurran made a statement. Ms Armstrong made a statement. Dr. Bergman made a statement. The witnesses answered questions.

The Chairman made a statement.

At 3:34 p.m., Senator LeBreton took the Chair.

De Primary Care Initiative:

La Dre June Bergman.

De l'Alberta Consumers Association:

Wendy Armstrong.

De la Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada:

George Arès, président.

Du Conseil consultatif national sur le troisième âge:

Pat Raymaker, présidente.

De l'Alberta Council on Aging:

Neil Reimer, secrétaire-trésorier.

Du Nechi Institute:

Richard Jenkins, directeur de la commercialisation et de la promotion de la santé;

Ruth Morin, présidente-directrice générale.

De l'Executive of the Alberta and Northwest Conference of the United Church of Canada — Health Advisory Committee:

Louise Rogers;

Kent Harold;

Don Junk.

Témoignage libre:

Noel Somerville

Le président fait une déclaration. M. Mazankowski fait une déclaration et, avec l'aide de Mme Garritty, répond aux questions.

Le président fait une déclaration. Le ministre Picco fait une déclaration et répond aux questions.

Le président fait une déclaration. Mme Weatherhill fait une déclaration. M. Davis fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

À 11 h 25, le sénateur LeBreton occupe le fauteuil.

La vice-présidente fait une déclaration. Mme Fredrickson fait une déclaration. Le Dr Wilson fait une déclaration. Mme Ballerman fait une déclaration. Mme Richardson fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

À 12 h 40, la séance est suspendue.

À 13 h 32, la séance reprend et le sénateur Kirby occupe le fauteuil.

Le président fait une déclaration. Mme Burdett fait une déclaration. M. Taft fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

Le président fait une déclaration. M. McGurran fait une déclaration. Mme Armstrong fait une déclaration. La Dre Bergman fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

Le président fait une déclaration.

À 15 h 34, le sénateur LeBreton occupe le fauteuil.

Ms Raymaker made a statement. Mr. Reimer made a statement. Mr. Arès made a statement. The witnesses answered questions.

At 4:35 p.m., Senator Kirby took the Chair.

The Chairman made a statement. Mr. Jenkins made a statement. Ms Rogers made a statement. The witnesses answered questions.

The Chairman invited persons to make short statements to the committee.

Mr. Somerville made a statement.

At 5:25 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Mme Raymaker fait une déclaration. M. Reimer fait une déclaration. M. Arès fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

À 16 h 35, le sénateur Kirby occupe le fauteuil.

Le président fait une déclaration. Mme Jenkins fait une déclaration. Mme Rogers fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

Le président invite les gens à faire de courtes déclarations au comité.

M. Somerville fait une déclaration.

À 17 h 25, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

EDMONTON, Wednesday, October 17, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 8:31 a.m. to examine the state of the health care system in Canada.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: First, Mr. Mazankowski is appearing today as the chair of the Premier's Advisory Council on Health in the Province of Alberta. We are delighted to have you here, and some are old friends of yours from the minister's office, and some were old friends of yours, indeed, in the House of Commons.

I know you have an opening statement, and we would be delighted to ask you questions. Thank you very much.

Hon. Don Mazankowski, Chair, Premier's Advisory Council on Health (Alberta): Thank you very much, Mr. Chairman and senators. It is a pleasure to be here before you. I have with me Ms Peggy Garritty, who is helping me and the other members of the council in trying to document many of the things that we have heard and things we would be in a position to propose.

Let me begin, Mr. Chairman, by congratulating all the members of this very important committee on the ongoing and excellent work that you are undertaking. At least, from the work that I have examined so far — and I think this view is shared by others — I believe you are providing an objective, comprehensive and factual overview of the state of the health care system in Canada and identifying a number of the major issues and possible policy options.

We like the manner in which you are proposing various policy options on a non-etiological basis, and it is encouraging to note that no option is foreclosed. I think that is the kind of honest debate that we need to have on this issue. It is a very important issue.

I think that the work that you are doing will contribute very positively to advancing the national debate because it is an important debate that affects the lives of all Canadians. Volume 4 in particular, I think, provides an excellent framework from which to launch the more thoughtful and comprehensive debate.

Like all other provinces, Alberta is seized with the issue of health care. It has been the subject of many studies, many initiatives and various attempts to overcome the issues of the day.

In an attempt to help define the kind of health care system that will be needed in the future, the Premier established an advisory council to provide strategic advice to him and his cabinet, and the government, on the further enhancement of quality health services for Albertans, and particularly the continuing sustainability of the publicly funded system.

TÉMOIGNAGES

EDMONTON, le mercredi 17 octobre 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie s'est réuni aujourd'hui à 8 h 31 pour analyser l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Tout d'abord, M. Mazankowski comparaît aujourd'hui à titre de président du Premier's Advisory Council on Health pour la province de l'Alberta. Nous sommes ravis de vous compter parmi nous, qui sommes pour certains vos vieux copains du Cabinet du ministre ou d'anciens copains, à n'en pas douter, de la Chambre des communes.

Je sais que vous aimeriez faire une déclaration préliminaire et nous serons enchantés de vous poser quelques questions. Merci beaucoup.

L'honorable Don Mazankowski, président du Premier's Advisory Council on Health (Alberta): Merci beaucoup, monsieur le président et mesdames et messieurs les sénateurs. C'est avec plaisir que je m'adresse à vous. Se joint à moi Mme Peggy Garritty, qui m'aide ainsi que les autres membres du Conseil à documenter bon nombre d'éléments que nous avons entendus ou que nous serions en mesure de proposer.

Permettez-moi tout d'abord, monsieur le président, de féliciter tous les membres de ce très important comité pour leurs efforts soutenus et l'excellent travail qu'ils effectuent. Je crois, du moins par les travaux que j'ai étudiés jusqu'à présent — et selon moi, d'autres partageront mon avis — que vous donnez un aperçu objectif, complet et factuel de l'état du système de soins de santé au Canada et que vous identifiez certaines des grandes questions et des options politiques possibles.

Nous aimons la façon dont vous proposez diverses options politiques sur une base non étiologique et trouvons encourageant de remarquer qu'aucune option n'est exclue. Je crois qu'il s'agit là du type de discours honnête qu'il nous faut tenir sur cette question, car elle revêt une grande importance.

Je crois que le travail que vous faites contribuera d'une façon très positive à l'avancement du débat national, puisqu'il s'agit d'un débat important qui touche la vie de tous les Canadiens. Je suis d'avis que le volume 4, plus particulièrement, présente une excellente structure à partir de laquelle pourra être lancé un débat plus sérieux et complet.

Comme toutes les autres provinces, l'Alberta est saisie de la question des soins de santé. Elle a fait l'objet de nombreuses études, de multiples initiatives et de diverses tentatives visant à atténuer la portée des questions du jour.

Dans le but de définir le genre de système de soins de santé dont nous aurons besoin à l'avenir, le premier ministre a constitué un conseil consultatif ayant pour mandat de donner des conseils stratégiques au premier ministre et à son cabinet, ainsi qu'au gouvernement, sur l'amélioration continue des services de santé de qualité offerts aux Albertains et plus particulièrement, sur la viabilité du système financé par l'État.

You will see attached to the statement that has been handed out, the Premier's terms of reference, the initial announcement on January 31, which named myself as the chair, and the other members of the committee announced on August 18 together with a little summary of their backgrounds. You can refer to that in looking at the people who make up the committee.

We started our work just a little over a year ago. We have met with a broad base of stakeholders, groups and individuals to listen to their views, and we have heard a lot and we have all learned a lot. It is a complex system.

As a starting point, we began by defining what we wanted to achieve with our health care system. We prepared context papers on things like waiting issues, shortage of health professionals, sustainability, cost drivers, Albertans' opinions on the use of the health care system, is the health care system balanced, and basically, how the system works. Those documents will be accompanying our reports to the Premier. It is a form of backgrounder.

We started out describing the goal we wanted to see set for Alberta in this way: a sustainable health system that is a partnership between users and providers, that continues to evolve and improve, and results in better health outcomes for Albertans; a system that is research and evidence based, has the right incentives, and is a model for Canada and the world.

Then we set out to define each of the words that make up that mission: "sustainable" means that the system has sufficient resources, both dollars and people; the resources available to respond to various forces that drive changes and increase costs, and plans in place to ensure that there are adequate resources to support Alberta's health care system.

Then we described what we meant by "the health care system," what we mean by "evolve and improve," what we mean when we say "better health outcomes," what we mean by "research and evidence based," what we mean when we say "we need to have the right incentives," and what we mean when we say "we want to be a model for Canada and the world."

Much of the work that we have engaged in is focused on three critical issues: namely, the sustainability of the publicly funded health system; improving and ensuring access to quality health care services; and how we could best improve the health status of Albertans.

Let me just deal briefly with those three issues, and sustainability first and foremost. There are a number of threats that we see to the sustainability of the health care system. We say that the continuing escalation of health care costs without a clear funding plan, the consequent impact on federal and provincial treasuries, and the crowding out of other important spending priorities creates an unstable climate. These all affect the confidence in and performance of the health care system.

Vous trouverez, joints à la déclaration qui vous a été remise, le mandat du premier ministre, la proclamation initiale du 31 janvier, qui me nommait président, la nomination des autres membres du comité en date du 18 août ainsi qu'un bref résumé de leurs antécédents. Vous pourrez y faire référence pour mieux connaître les gens qui composent le comité.

Nous avons débuté nos travaux il y a un peu plus d'un an. Nous avons rencontré un grand éventail d'actionnaires, de groupes et de particuliers pour prendre connaissance de leur point de vue; nous avons de ce fait entendu et appris beaucoup de choses. Le système est complexe.

Nous avons tout d'abord défini les objectifs que nous désirions atteindre quant à notre système de soins de santé. Nous avons rédigé des documents contextuels sur certains éléments comme les questions en attente, la pénurie de professionnels de la santé, la viabilité du système, les facteurs de coûts, l'avis des Albertains sur l'utilisation du système de soins de santé, l'équilibre du système et, en fait, sur le fonctionnement du système. Ces documents seront remis au premier ministre en même temps que nos rapports. Ils forment en quelque sorte une fiche documentaire.

Nous avons entamé ainsi la description de l'objectif à établir pour l'Alberta: un système viable de soins de santé qui constituerait un partenariat entre ses utilisateurs et ses fournisseurs, continuerait d'évoluer et de s'améliorer pour donner de meilleurs résultats pour la santé des Albertains; un système fondé sur la recherche et l'expérience clinique, doté des stimulants adéquats, qui constituerait un modèle pour le Canada et le monde.

Nous nous sommes ensuite fixé de définir chacun des mots qui composent cette mission: par «système viable», nous entendons un système doté de ressources suffisantes, tant pécuniaires qu'humaines, qui permettraient de répondre aux diverses forces qui entraînent les changements et font grimper les coûts et de plans qui permettraient d'assurer la présence de ressources adéquates pour soutenir le système de soins de santé en Alberta.

Nous avons ensuite indiqué ce que nous entendions par «système de soins de santé», «évoluer et s'améliorer», «meilleurs résultats pour la santé», «fondé sur la recherche et l'expérience clinique», «stimulants adéquats» et «constituer un modèle pour le Canada et le monde».

La grande majorité des travaux que nous avons entrepris se concentrent sur trois questions névralgiques, à savoir la viabilité du système subventionné par l'État, l'amélioration et l'assurance d'un accès à des services de santé de qualité et le meilleur moyen d'améliorer l'état de santé des Albertains.

Permettez-moi de traiter brièvement de ces trois questions en commençant par la viabilité, la plus en vue. Nous percevons de nombreuses menaces à la viabilité du système de soins de santé. Nous affirmons que l'escalade constante des coûts liés aux soins de santé, l'absence d'un programme clair de financement, leurs répercussions sur les trésoreries fédérale et provinciales et le déplacement d'autres priorités importantes en matière de dépenses créent un climat instable. Tous ces facteurs nuisent à la confiance dont témoignent les gens au système de soins de santé ainsi qu'au rendement de ce dernier.

We outline current spending trends, noting that health spending in Alberta has increased from \$3.9 billion in 1995-1996 to over \$6.4 billion in 2001-2002, a 64 per cent increase. If you add in capital costs, the total expenditure on health care in the Province of Alberta this fiscal year is \$7 billion.

That works out to \$20 million per day. In 1990-1991, Alberta spent 24 per cent of its budget on health and 76 per cent on other programs. In 2000-2001, about a third is being spent on health and 65 per cent on other government programs.

Alberta, given its economic base, can only sustain the current spending trends if its economy remains strong and provincial revenues stay high. As most of you know, we do have a volatile economy, heavily dependent upon our natural resources. If prices level off or decline, it makes it very difficult to manage this responsibility.

If you look at the bottom of page 4, you will note that our current budget is based on a \$5 mcf for natural gas, and you all know it is currently considerably below \$3. Each 10-cent drop or variation in the price of natural gas, that is, 10 cents per mcf, results in an impact of \$142 million on the provincial budget. Likewise in the case of oil, every dollar of price variation per barrel has an impact of \$153 million on the provincial budget. You can see the volatility of price has an important effect.

Alberta, like other jurisdictions, has seen its health expenditures rise significantly over the last 10 years, and looking ahead, we foresee, if current trends continue, that our health care budget will be consuming up to 50 per cent of our provincial budget by 2008.

In trying to assess that, you look at cost drivers and factors that drive up health care costs, and we think that the provincial and territorial ministers did an excellent job of categorizing those factors that contribute to health care costs. I will not comment on that further, but we are using that as a reference guide. Clearly, they place them into three categories: basic cost drivers, cost accelerators, and the impact of system change, all of which will tend to drive costs up.

Let me just deal briefly with accessibility. Here in Alberta, as in most provinces, accessibility is the number one concern. People worry that they will not get the health services they need when they need them, and waiting times for some procedures are lengthy, in spite of government efforts to target funding to reduce waiting times. We have backgrounded that material for you to some extent.

Dans le cadre d'un aperçu des tendances actuelles, nous remarquons que les dépenses liées à la santé en Alberta sont passées de 3,9 milliards de dollars en 1995-1996 à plus de 6,4 milliards en 2001-2002, ce qui représente une hausse de 64 p. 100. Si l'on y ajoute les dépenses en immobilisations, les dépenses totales en matière de soins de santé pour la province de l'Alberta s'élèvent à 7 milliards de dollars pour l'exercice en cours.

Cette somme représente 20 millions de dollars par jour. En 1990-1991, l'Alberta a alloué 24 p. 100 de son budget à la santé et 76 p. 100 à d'autres programmes. En 2000-2001, environ le tiers de ses fonds est alloué à la santé et 65 p. 100, à d'autres programmes gouvernementaux.

L'Alberta, vu sa base économique, ne pourra soutenir les tendances actuelles en matière de dépenses que si son économie demeure forte et que les revenus provinciaux demeurent élevés. Comme la plupart d'entre vous le savent, notre économie est volatile, dépendant fortement de nos ressources naturelles. Si les cours se stabilisent ou fléchissent, il sera très difficile de gérer cette responsabilité.

En regardant au bas de la page 4, vous remarquerez que notre budget actuel se fonde sur un cours de 5 \$ le millier de pieds cubes de gaz naturel, alors que vous savez tous qu'il se situe actuellement bien en deçà des 3 \$. Chaque baisse ou variation de 10 cents du prix du gaz naturel, c'est-à-dire 10 cents par millier de pieds cubes, a des répercussions de 142 millions de dollars sur le budget provincial. Dans la même veine, chaque variation de un dollar du prix du baril de pétrole a des répercussions de 153 millions de dollars sur le budget provincial. Comme vous le constatez, la volatilité des prix a un effet important.

L'Alberta, comme d'autres territoires, a vu ses dépenses de santé augmenter de façon significative au cours des 10 dernières années et nous prévoyons, si la tendance se maintient, que notre budget de santé consommera jusqu'à 50 p. 100 de notre budget provincial d'ici l'an 2008.

En tentant d'évaluer la situation, nous examinons les inducteurs et les facteurs de coûts; nous croyons que les ministères provinciaux et territorial ont fait de l'excellent travail en catégorisant les facteurs qui contribuent à l'établissement des coûts liés aux soins de santé. Je ne ferai pas d'autres commentaires à ce sujet mais je vous dirai que nous utilisons ces éléments comme guide de référence. Manifestement, ils sont divisés en trois catégories, soit les inducteurs de coûts de base, les accélérateurs de coûts et les répercussions d'un changement de système, lesquels tendent tous à faire grimper les coûts.

Permettez-moi de traiter brièvement de l'accessibilité. Ici en Alberta, comme dans la plupart des provinces, l'accessibilité est notre principale préoccupation. Les gens ont peur de ne pas recevoir les services de santé requis lorsqu'ils en auront besoin et l'attente est longue pour certaines interventions, malgré les efforts que fournit le gouvernement pour allouer des fonds à la réduction de ces périodes d'attente. Nous avons quelque peu documenté ces éléments pour vous.

Clearly, if there is one thing Albertans should be able to expect from their health system, it is access to health care service when they need it. Access should be available on equitable terms, and that is at the heart of what we expect from our health care system. However, too often, it is not what Albertans get, in spite of significant and growing investments.

Therefore, given the desire for better access and the escalation of health care costs, we must extract the maximum value from every dollar we spend, and we must find ways to diversify the revenue base to support health care so that people can get equitable care on a timely basis.

Let me just turn briefly to the section on improving the health status of Albertans. This is, essentially, the very foundation and core of the work of our report. Our advisory council believes that the promotion of good health, wellness, disease prevention and healthy lifestyles is fundamental to a strategy for health care reforms for the future. As we work through this, we intend to spend a fair amount of time and put a great deal of emphasis on this particular issue.

In terms of our approach, we divided our group up to look at five different areas. Number 1 — and this is how our first report will evolve; it will be based upon the work that we have done in these five particular areas — how do we enable people in communities to take more responsibility for their own health? Number 2, how can we best organize and deliver health services? Number 3, how can we ensure an adequate supply and the best use of health providers? Number 4, how do we pay for these health services? Number 5, how can we get the outcomes we want and ensure continuous improvements in the system?

As I said, these studies and the work on this is based, to a large extent, upon the evidence of our findings and upon the context papers, which we have outlined, that provide a picture of the state of affairs in the health care system in Alberta.

Now, let me just conclude by talking about some of the major considerations that are underway.

As you know, Mr. Chairman, our committee is continuing its work. We have not completed our first cut at identifying issues and suggesting solutions. What I am saying here today outlines approaches and directions that we are following as a result of the consensus that is developing. However, by no means have we concluded our work, and we are at a very critical stage of defining with more clarity, some clear options based upon the findings.

Let me just say this. Some of our major considerations and key themes that are emerging include: First of all, our report will not be about a quick fix. We are looking at the best ways to sustain the system over the longer term, and not necessarily to reduce cost in the short term. As a matter of fact, some of the things that we see as curing some of the problems that we have identified may, in

Évidemment, s'il y a une chose que les Albertains devraient pouvoir attendre de leur système de santé, c'est d'avoir accès à des services de santé lorsqu'ils en ont besoin. Cet accès devrait être offert à des conditions équitables; voilà le cœur même des attentes que nous nourrissons envers notre système de soins de santé. Trop souvent, ce n'est pas ce à quoi les Albertains ont droit, en dépit d'investissements importants et croissants.

Donc, étant donné le désir d'un meilleur accès et l'escalade des coûts de santé, nous devons extraire la valeur maximale de chaque dollar dépensé et trouver des moyens de diversifier l'assiette du revenu afin de soutenir les soins de santé pour que le peuple puisse recevoir des soins équitables en temps opportun.

Permettez-moi d'aborder brièvement la section qui touche l'amélioration de l'état de santé des Albertains. Voilà, essentiellement, la base même et le noyau de notre rapport. Le Conseil consultatif croit que promouvoir la santé, le bien-être, la prévention des maladies et de saines habitudes quotidiennes est un élément stratégique essentiel à la réforme future des soins de santé. Dans le cadre de nos travaux, nous avons l'intention de consacrer un temps appréciable à cette question et d'y mettre beaucoup d'emphasis.

Quant à l'approche privilégiée, nous avons divisé notre groupe afin d'examiner cinq questions différentes. Première question (notre premier rapport sera fondé sur les travaux réalisés dans le cadre de ces cinq questions particulières): comment pouvons-nous habilitier les gens de la communauté à prendre plus de responsabilités face à leur propre santé? Deuxième question: quel est le meilleur moyen d'organiser et de dispenser les services de santé? Troisième question: comment pouvons-nous assurer un approvisionnement adéquat et la meilleure utilisation des fournisseurs de services de santé? Quatrième question: comment pourrions-nous payer ces services de santé? Cinquième question: comment pouvons-nous obtenir les résultats escomptés et assurer une amélioration continue du système?

Comme je l'ai mentionné, ces études et nos travaux sont fondés, dans une grande mesure, sur l'expérience clinique de nos conclusions et sur les documents contextuels, dont nous vous avons donné un aperçu et qui illustrent la situation qui touche le système de soins de santé en Alberta.

Permettez-moi maintenant de conclure en parlant de quelques-uns des grands points à examiner.

Comme vous le savez, monsieur le président, notre comité poursuit son travail. Nous n'avons pas terminé d'identifier les problèmes et de suggérer leurs solutions. Ce que j'expose aujourd'hui n'est qu'un aperçu des approches et des directives que nous suivons par suite du consensus qui est en train de prendre forme. Toutefois, nous n'avons en rien terminé notre travail; nous sommes en fait à une étape critique qui exige de définir avec plus de clarté quelques options s'inspirant de nos conclusions.

Permettez-moi de vous présenter certains des grands points à examiner et des thèmes principaux qui ressortent du lot. Tout d'abord, notre rapport ne présentera pas de solution miracle. Nous cherchons les meilleurs moyens d'assurer la subsistance du système à long terme, pas nécessairement à réduire les coûts à court terme. En fait, certaines des solutions aux problèmes que

fact, cost more money to begin with, in terms of putting in the system changes that will evolve.

Second, we need to extract maximum value for every dollar spent on health care; that is critical. However, those measures alone will not be sufficient to match the increasing demand on the health care system.

Third, we must look at diversifying the revenue stream. The burden on the tax base is getting too large, and as I said, by 2008, 2010, it could consume half of all the spending in Alberta. Therefore, we believe it is time to explore other ideas and look at their impacts, things like medical savings accounts, co-payments, deductibles, private or supplementary insurance, taxable benefits, et cetera, and look at them in a very objective and unbiased way.

Fourth, government spending on health cannot be allowed to crowd out spending on other essential services like education, infrastructure, or security.

Fifth, we believe the answer does not lie in rationing health care services. People are concerned about access, and rightly so. We believe that all Albertans should have access to the very best health care when they need it, and it should be available to everyone on equitable terms.

We also believe that it is time to think carefully about what should be covered by medicare. We believe the system was never designed to cover all aspects of health care services, but people have come to expect that it will, and at no cost to the individual.

Furthermore, I know that you, Mr. Chairman, as do I and many members of my committee, believe that you cannot regulate anything to perfection. We believe it is time to open up the system, take the shackles off, and allow health authorities to experiment, to try new ideas to see what works and what does not.

We see the health system, as it is presently constituted, as a monopoly, where government serves as insurer, provider and evaluator. We say it is time to "unbundle" the system, separate some of the functions, set clear roles and introduce more competition and choice into the system.

Next, if we are going to have regional health authorities, and we believe the concept is good, then it is time to give them the tools and the mandate to do their job and hold them accountable. We see a gap in their ability to carry out their mandate.

We see examples of interference, and we see examples of where they have the responsibility, but they really do not have the tools and the mechanisms to carry it out.

nous avons identifiés pourraient coûter plus cher initialement, puisqu'il faudra intégrer au système des modifications évolutives.

Deuxièmement, nous devons extraire la valeur maximale de chaque dollar dépensé dans la santé; ce point est essentiel. Cependant, ces mesures ne suffiront pas à satisfaire les demandes croissantes du peuple face au système de soins de santé.

Troisièmement, nous devons chercher à diversifier l'assiette du revenu. Le fardeau fiscal devient trop important et, comme je l'ai déjà dit, d'ici l'an 2008 ou 2010, il pourrait englober la moitié des dépenses en Alberta. C'est pourquoi nous croyons qu'il est temps d'approfondir d'autres idées (comme des comptes d'épargne médicale, des quotes-parts, des franchises, des assurances privées ou supplémentaires, des avantages imposables, et cetera), d'étudier leurs répercussions et de les voir d'une façon très objective et impartiale.

Quatrièmement, on ne peut permettre que les dépenses du gouvernement sur la santé déplacent les dépenses sur d'autres services essentiels comme l'éducation, les infrastructures ou la sécurité.

Cinquièmement, nous croyons que le rationnement des services de santé n'est pas la solution. Les gens s'inquiètent de l'accès au système, avec raison. Nous croyons que tous les Albertains devraient avoir accès aux meilleurs soins de santé lorsqu'ils en ont besoin et que ceux-ci devraient être offerts à des conditions équitables pour tous.

Nous croyons également qu'il est temps de réfléchir posément à ce qui doit être couvert par le régime d'assurance-maladie. Nous croyons que le système n'a jamais été conçu pour couvrir tous les aspects des services de santé mais le peuple en est venu à compter qu'il le fasse et ce, gratuitement.

En outre, je sais que vous, monsieur le président, comme moi-même et de nombreux membres de mon comité, croyez qu'on ne peut réglementer quoi que ce soit à la perfection. Nous croyons qu'il est temps d'ouvrir le système, d'en retirer les chaînes et de permettre aux autorités en matière de santé d'expérimenter, d'essayer de nouvelles idées et de voir ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas.

Nous voyons le système, tel qu'il est présentement constitué, comme un monopole dans lequel le gouvernement est à la fois l'assureur, le fournisseur et l'évaluateur. Nous affirmons qu'il est temps de «dégrouper» le système, d'en séparer certaines des fonctions, d'établir des rôles clairs et d'y introduire un aspect concurrentiel et certains choix.

De plus, s'il existe des régies régionales de la santé — nous croyons d'ailleurs que ce concept est bon — il est alors temps de leur donner le mandat et les outils nécessaires pour faire leur travail et de les en tenir responsables. Nous percevons une lacune dans leur aptitude à réaliser leur mandat.

Nous sommes témoins d'ingérence et voyons dans quelle mesure elles en sont responsables mais elles ne disposent réellement pas des outils et des mécanismes nécessaires pour faire leur travail.

Next, we believe that we need an innovative blend of public and private health services, and in that connection, Mr. Chairman, we cannot single out any one of these things in attempting to cure any of the problems. We are looking at a package here, and we cannot cherry pick. Our sense is that in reforming the system and trying to make it work better, these things all have to be done, albeit maybe incrementally in some cases, as a package, because cherry picking will only exacerbate the problem.

Therefore, if we unbundle, if we create a system that is more patient oriented, that gives the patient more choice, we can encourage the development of an innovative blend of public and private health services. We can start with encouraging more contracts between health authorities and a wide range of public and private providers.

We can set standards and make sure that they are met. We can assess outcomes and costs, and we should not let the fear of private medicine get in the way of opportunities to improve capacity and provide better access to care. We do not believe that you should differentiate.

Finally, we do not have to choose between the status quo and an American-style health care system. We can and we must create our own alternative, one that preserves the best of what we have, but is also sustainable for the future. Then again, to reiterate the very foundation, we must encourage people to take more responsibility for their own health and find the best way of helping people to stay healthy through promotion, prevention and protection, and healthy lifestyles.

Mr. Chairman, as I said, the work that we are engaged in is important, and our task is not to present a quick fix. We appreciate very much the number of ideas and options outlined in your report. As I said before, this kind of debate will certainly stimulate and advance the national debate.

I have been asked whether medicare is dead, and my reply is a strong and definite "no." However, that does not mean that we are immune to change or that it is not time to redefine what we mean by "medicare" in the 21st century.

It is time for Canadians to embrace the debate, put all of the ideas on the table, preserve what is essential, avoid rejecting ideas out of hand, and be willing to experiment and give new approaches a try. Only with this kind of open discussion can we take the required actions to sustain Canada's health system today, and in the future.

We have been challenged, Mr. Chairman, to be bold in our recommendations, and while I am not in a position to outline any specific recommendations today, I can offer this: I think it is fair to say that our report will live up to the challenge of being bold and different.

Nous croyons également qu'il faut un mélange novateur de services de santé publics et privés et, en ce sens, monsieur le président, nous ne pouvons isoler aucun des ces éléments pour tenter de régler l'un ou l'autre des problèmes. C'est un ensemble qui s'offre à nous; nous ne pouvons prendre les perles et laisser les pierres. À notre avis, pour réformer le système et tenter de le faire fonctionner plus rondement, ces solutions doivent toutes être implantées (bien que progressivement dans certains cas) comme un ensemble, car une sélection choisie ne fera qu'exacerber le problème.

Par conséquent, si nous exerçons un dégroupement, si nous créons un système davantage centré sur le patient qui lui donne plus de choix, nous pourrions encourager le développement d'un mélange novateur de services de santé publics et privés. Nous pouvons commencer en favorisant un plus grand nombre de contrats entre les autorités sanitaires et un vaste éventail de fournisseurs publics et privés.

Nous pouvons établir des normes et veiller à ce qu'elles soient respectées. Nous pouvons en évaluer les résultats et les coûts et ne devrions pas laisser la peur de la médecine privée entraver des occasions d'améliorer la capacité du système et d'offrir un meilleur accès aux soins de santé. Nous croyons qu'il ne faut pas établir de distinction.

Enfin, nous n'avons pas à choisir entre le statu quo et un système de soins de santé à l'américaine. Nous pouvons et devons créer notre propre variante, qui devra préserver les meilleurs aspects du système actuel tout en demeurant viable. D'autre part, pour réitérer le fondement même de notre tâche, nous devons encourager les gens à prendre davantage de responsabilités face à leur propre santé et trouver le meilleur moyen de les aider à rester en santé par le biais de la promotion, de la prévention, de la protection et de styles de vie sains.

Monsieur le président, comme je l'ai déjà dit, les travaux que nous avons entrepris sont importants et notre tâche ne consiste pas à présenter une solution miracle. Nous apprécions grandement toutes les idées et les options présentées dans votre rapport. Comme je l'ai mentionné plus tôt, ce genre de débat stimulera certainement le débat national et contribuera à son avancement.

On m'a demandé si le régime d'assurance-maladie était mort; à cette question, je réponds d'un «non» catégorique et franc. Toutefois, cela ne signifie pas que nous sommes immunisés contre tout changement ou qu'il n'est pas temps de redéfinir notre perception d'un «régime d'assurance-maladie» au XXI^e siècle.

Il est temps que les Canadiens embrassent le débat, mettent toutes leurs idées sur la table, préservent ce qu'ils considèrent essentiel, évitent de rejeter d'emblée les idées présentées et consentent à expérimenter de nouvelles approches. C'est uniquement par ce type de discussion ouverte que nous pourrions prendre les mesures nécessaires pour assurer la subsistance du système de soins de santé au Canada, aujourd'hui comme demain.

Nous avons été invités, monsieur le président, à faire des recommandations énergiques et bien que je ne suis pas en mesure aujourd'hui de présenter des recommandations spécifiques, je peux dire ceci: je crois qu'il est juste d'affirmer que notre rapport saura relever le défi en étant énergique et différent.

Mr. Chairman, I must say I am sorry that I did not have translated copies of my presentation. It was my fault. I was travelling and did not get to it.

The Chairman: Knowing your schedule, we appreciate your being with us, and may I say that from our point of view, it is delightful to know that there are kindred spirits with similar views to those expressed by the people around this table.

You commented on the need for experimentation — and I realize this is outside your mandate, so I will volunteer this comment. Clarity requires that the Canada Health Act be changed, at least to allow pilot projects, experiments, whatever you want to call them, that violate the existing terms and conditions of the act. One of the problems with the Canada Health Act is that it does not allow even pilot projects.

I realize that is in our bailiwick, in a sense, not yours. I just want to tell that there has certainly been some discussion.

You can read that between the lines in Volume 4. We understand that, at the very least, allowing some experimentation would be required.

Senator LeBreton: I must say that I agree with Jeff Simpson. I do not often agree with Jeff Simpson, but I did when he said, knowing Maz, Albertans should expect short on theory, long on no-nonsense advice, and quite likely, a few startling ideas. I think that was a good forerunner to what we can expect.

Mr. Mazankowski: Senator, we have been trying to cool expectations.

Senator LeBreton: Well, you have a reputation to live up to. I have a couple of questions, and they are not necessarily related. On the whole issue of accessibility and waiting times, of course, a lot of people look to Alberta because of its resource-based economy. People assume that if Alberta can get it together, that is a kind of beacon light.

Have you compared Alberta, in your studies, with other jurisdictions, other provinces in terms of accessibility and waiting times?

Mr. Mazankowski: Yes. We have, to some extent, in our context paper, and that will be provided as background. Alberta has addressed this issue and is very cognizant of it. I think some improvements are being made, but there are still areas where the waiting times are considered to be too long, particularly for CAT scans, MRIs and things of that nature.

There has been improvement, but there are a number of cases where the waiting times are not acceptable.

Ms Garritty did most of this work.

Monsieur le président, je dois dire que je suis désolé de ne pas avoir la traduction de ma présentation. C'est ma faute. J'étais en voyage et n'ai pu m'en occuper.

Le président: Connaissant votre horaire, nous apprécions votre présence parmi nous et permettez-moi de dire que de notre point de vue, il est merveilleux de savoir que des âmes sœurs partagent l'opinion des gens assis autour de cette table.

Vous avez parlé d'un besoin d'expérimentation et comme je réalise que cela ne fait pas partie de votre mandat, je ferai spontanément ce commentaire. La clarté exige que la Loi canadienne sur la santé soit modifiée, afin qu'elle permette au moins la réalisation de projets pilotes ou d'expériences, peu importe le nom que vous leur donnerez, qui enfreignent les conditions actuelles de cette loi. L'un des problèmes que soulève la Loi canadienne sur la santé, c'est qu'elle ne permet même pas la réalisation de projets pilotes.

Je réalise que cela est de notre ressort, dans un certain sens, non du vôtre. Permettez-moi simplement de dire que nous en avons certainement discuté.

Vous pourrez le lire entre les lignes du volume 4. Nous comprenons qu'il est certainement nécessaire de permettre une certaine expérimentation.

Le sénateur LeBreton: Je dois dire que je suis d'accord avec Jeff Simpson. Je ne suis pas souvent d'accord avec Jeff Simpson mais je me suis ralliée à lui lorsqu'il a dit que, connaissant Maz, les Albertains devraient s'attendre à peu de théories, à de longs conseils raisonnables et, franchement, à quelques idées surprenantes. Je crois que c'est là un bon présage de ce à quoi nous pouvons nous attendre.

M. Mazankowski: Sénateur, nous avons tenté d'apaiser les attentes.

Le sénateur LeBreton: C'est que vous avez une réputation à entretenir. J'aurais quelques questions à poser, qui ne sont pas nécessairement reliées. En ce qui a trait à la question d'accessibilité et de période d'attente, il est certain que beaucoup de gens se tourment vers l'Alberta en raison de son économie de ressources. Les gens considèrent que si l'Alberta peut résoudre le problème, elle constituera un genre de balise.

Dans le cadre de vos études, avez-vous comparé l'Alberta à d'autres territoires ou à d'autres provinces en termes d'accessibilité et de périodes d'attente?

M. Mazankowski: Oui. Nous l'avons fait, jusqu'à un certain point, dans nos documents contextuels, qui serviront d'antécédents. L'Alberta s'est attaquée à ce problème et en est très consciente. Je crois que nous verrons certaines améliorations mais dans certains secteurs, les périodes d'attente sont toujours considérées trop longues, plus particulièrement dans le cas des tomodensitogrammes, des IRM et d'autres interventions de cette nature.

La situation s'est améliorée mais les périodes d'attente demeurent inacceptables dans de nombreux cas.

Mme Garritty a effectué la grande majorité de ces travaux.

Ms Peggy Garritty, Premier's Advisory Council on Health (Alberta): It is difficult to make comparisons. We have some information, as I think other provinces do. However, it is difficult to compare waiting times because there are no standard definitions and no standard processes for how people on waiting lists are managed. It is very difficult to do.

Mr. Mazankowski: Also, there is a lack of data. We do not have the database to measure outcomes, quality, and many of these other things. First and foremost, in this age of high-tech, we find that the medical care system is way behind on that front.

That will probably create additional expenditure, but it is a must if we are ever to get a handle on how to measure outcomes, how to apply the evidence-based research and how to identify the problems with respect to waiting and accessibility. We do not have that database, and I think you will probably find that is the case right across the country.

Senator LeBreton: Yes. I think the Canadian public assumes in this age of high-tech that there is instant sharing of not only data, but also information when a person from one part of the country happens to become ill in another, and that is not necessarily the case. It certainly calls into question the accessibility section of the principles of the Canada Health Act.

You discussed community care or the regional health authorities. Are there any examples presently in Alberta of where some regional health authority or community care is working?

Mr. Mazankowski: Yes. Indeed there are a couple. One that has been much referred to provincially, and even nationally, is the Edmonton North East Community Health Centre experiment, which is working quite well and making some very major breakthroughs. There is another one in the Calgary area, the Crowfoot Family Practice.

The problem with pilot projects is there is so much surveillance and so much accountability placed on everything they do, they do not really have the freedom to manoeuvre. Also, the funding is always a bit of a problem. I think it tempers the innovative and creative spirit to some extent.

The ideas are good, and we are hopeful about the experiment in Edmonton, which is, I think, working very well. Obviously you will be meeting with the CEOs of the capital and Calgary regions. I think they will be able to comment on that.

Those are the only two of significance. There is also one in Bassano that was developed under the auspices of that particular regional authority. However, the progress and the evolution of these things are not as rapid and fully developed as I think we expected.

Mme Peggy Garritty, Premier's Advisory Council on Health (Alberta): Il est difficile de faire des comparaisons. Nous détenons certains renseignements, tout comme d'autres provinces, j'en suis certaine. Il est toutefois difficile de comparer des périodes d'attente puisqu'il n'existe aucune définition ni aucun processus standard sur la façon dont les gens inscrits sur des listes d'attente sont gérés. Cela est très difficile à réaliser.

M. Mazankowski: En plus, nous manquons de données. Nous n'avons aucune base de données qui nous permettrait de mesurer les résultats, leur qualité et beaucoup de ces autres éléments. D'abord et avant tout, en cette ère de haute technologie, nous trouvons que le système de soins de santé a pris beaucoup de retard.

Cela entraînera probablement des dépenses additionnelles mais c'est essentiel si nous voulons un jour avoir une mainmise sur la façon de mesurer les résultats obtenus, d'appliquer la recherche fondée sur l'expérience clinique et d'identifier les problèmes en matière d'attente et d'accessibilité. Nous ne disposons pas de cette base de données et selon moi, vous découvrirez que c'est le cas partout au pays.

Le sénateur LeBreton: Oui. Je crois que le public canadien assume, en cette ère de haute technologie, qu'un partage instantané s'effectue, non seulement au niveau des données mais également au niveau de l'information recueillie lorsqu'une personne provenant d'une région du pays tombe malade dans une autre région, ce qui n'est pas nécessairement le cas. Cela vient certainement contester la section sur l'accessibilité des principes de la Loi canadienne sur la santé.

Vous avez discuté des soins de santé communautaires, des régies régionales de la santé. L'Alberta a-t-elle quelques exemples de régies régionales de la santé ou de soins de santé communautaires qui donnent de bons résultats?

M. Mazankowski: Oui. À vrai dire, il en existe quelques-uns. Entre autres, on a souvent fait référence, tant au niveau provincial que national, au «Edmonton North East Community Health Centre», une tentative qui fonctionne très bien et qui fait de très grandes percées. Il en existe un autre dans la région de Calgary, appelé «Crowfoot Family Practice».

Le problème des projets pilotes, c'est que leurs faits et gestes sont tellement surveillés et responsabilisés qu'ils n'ont pas vraiment de liberté d'agir. De plus, le financement est toujours un peu problématique. Jusqu'à un certain point, je crois que cela tempère l'esprit d'innovation et de créativité des gens.

Les idées sont bonnes et nous sommes confiants face à la tentative d'Edmonton qui, selon moi, fonctionne très bien. Bien sûr, vous rencontrerez les PDG des régions de la capitale et de Calgary. Ils seront certainement en mesure de commenter à ce sujet.

Ce sont là les deux seuls exemples d'importance. Un autre centre a également été ouvert à Bassano, sous l'égide de la régie régionale du coin. Cependant, la progression et l'évolution de ces projets ne sont pas aussi rapides et exhaustives que nous l'espérions, je crois.

Maybe we are expecting too much, but I think they need more freedom to experiment. They need fewer shackles on their funding, and I think that is frustrating to people as they go through this.

I know that in the Crowfoot case, it was only through the dedication of the professionals that they were carrying on, because they were working for a lot less money than they were before. If the medical professionals end up making considerably less than the current fee for service, you know the experiment will fail.

The answer to your question is yes, there are a few, but the jury is still out on their success. We are going to have to be more all encompassing in our support, or we will not reap the benefit of that sort of initiative.

Senator LeBreton: You said in your opening remarks, "Let them do their job."

Mr. Mazankowski: That is right. The regional health authority concept has pros and cons, but it is a structure in place. I think it works very well in a number of areas, but I think that they are somewhat hampered by the fact that they do not have full control over their destiny.

Senator LeBreton: I ask the question because in our study so far, a lot of attention has been paid to remote and rural areas, and certainly a model like this, with nurse practitioners, might be the answer for those areas.

I am going back to reading this piece from Jeff Simpson, in which he talked about the need for health care inspiration. "Alberta is your beacon." He also talked about the courage of Bill 11, which, of course, became such a political football.

Are you monitoring the effects of Bill 11 in your studies? How is it impacting on the deliberations in which you are trying to come up with these solutions?

Mr. Mazankowski: I think it is fair to say that most of the evidence we have heard so far is that it has not made much difference.

Senator LeBreton: Positive or negative?

Mr. Mazankowski: Positive or negative. Things that were being done before are being done to date. If anything, perhaps there are a few more restrictions.

Senator LeBreton: Can you elaborate?

Mr. Mazankowski: Well, apparently the regulatory process is probably more cumbersome than it was before. I think that that is really what they are referring to.

Senator Morin: Thank you very much, Mr. Mazankowski, for coming and giving us the extremely interesting report. I think you have the right approach in considering all options, studying them, and then coming up with a solution based on the best available evidence.

Nos attentes sont peut-être trop grandes mais je crois que ces centres ont besoin de plus de liberté pour faire leurs expériences. Je crois que les gens qui vivent cette expérience ressentent une certaine frustration; leur financement doit faire face à moins d'entraves.

Je sais que dans le cas du centre Crowfoot, c'est grâce à la volonté des professionnels qu'il a pu survivre, parce qu'ils travaillaient pour beaucoup moins d'argent qu'auparavant. Si les professionnels médicaux en viennent à toucher une somme considérablement inférieure à la rémunération à l'acte en vigueur, vous savez que l'expérience échouera.

Je réponds donc, à votre question, qu'il existe quelques exemples mais que le jury recherche encore leur réussite. Nous devons leur offrir un soutien plus global, sans quoi nous n'obtiendrons rien de ce type d'initiative.

Le sénateur LeBreton: Vous avez dit dans votre déclaration préliminaire qu'il fallait les laisser faire leur travail.

M. Mazankowski: C'est exact. Le concept des régions régionales de la santé a ses pour et ses contre mais la structure est implantée. Je crois que les régions fonctionnent très bien dans un certain nombre de cas mais qu'elles sont quelque peu restreintes du fait qu'elles n'ont pas le plein contrôle de leur destinée.

Le sénateur LeBreton: Je posais la question parce que dans le cadre de notre étude, jusqu'à présent, beaucoup d'attention a été portée aux régions éloignées et rurales; je me dis que ce type de centre embauchant des infirmiers praticiens pourrait bien être la solution dont ces régions ont besoin.

Retournons lire le document de Jeff Simpson, dans lequel il parle du besoin d'inspiration en matière de soins de santé. «L'Alberta est votre balise», a-t-il écrit. Il parle aussi du courage de la loi 11 qui, bien entendu, est devenue tout un ballon politique.

Vos études observent-elles les répercussions de la loi 11? Quel effet a-t-elle sur les délibérations au cours desquelles vous tentez de trouver ces solutions?

M. Mazankowski: Je crois qu'il serait juste de dire que la plupart des témoignages entendus jusqu'à présent indiquent qu'elle n'a pas fait une grande différence.

Le sénateur LeBreton: Une différence positive ou négative?

M. Mazankowski: Peu importe. Ce qui était fait auparavant l'est encore aujourd'hui. Si quelque chose a changé, c'est plutôt que davantage de restrictions sont imposées.

Le sénateur LeBreton: Pouvez-vous élaborer?

M. Mazankowski: Eh bien, apparemment, le processus réglementaire est probablement plus lourd qu'auparavant. Je crois que c'est vraiment à cela qu'ils font référence.

Le sénateur Morin: Merci beaucoup, monsieur Mazankowski, d'être venu nous faire part de ce rapport extrêmement intéressant. Je crois que vous avez adopté la bonne approche en examinant toutes les options, en les étudiant puis en proposant une solution fondée sur les meilleures expériences à votre disposition.

I think you outlined the problem very well. I am always surprised when we hear witnesses state, as we have, that our system does not require extra funding. I want to quote one sentence in your report that I think is very important:

Demands from health care will increase and cost more...not because people use the system frivolously...but because we are on a relentless pursuit of new knowledge, new treatments...

I think you really hit the nail on the head there. As you know, many countries, including Britain, Sweden and others in Europe, are considering what we call the "payer-provider split." You alluded to the fact that right now, we have a single payer, single provider, and as you stated, a single evaluator. You also considered the possibility of having, for example, a single payer but several providers, bringing competition into the system. I would like you to expand on this, if possible.

Finally, I hope, Mr. Chair, that we will have more opportunities for exchange of information between the council and our committee. I think we are both considering the same problem from different angles. I very much appreciate your coming this morning.

Mr. Mazankowski: Your assumption is right. I think we would like to see several providers. We would like to see a more patient-oriented system in which the patient has greater freedom of choice and the providers have greater latitude.

We would like to see a system without differentiation, where the money follows the patient, rather than having to tap into this pool of funds over which everybody has to squabble to get their share. It is like any form of regulation. It is very difficult to regulate and refine with any degree of accuracy.

Under the alternative arrangement, the money will flow with the patients to where they get the best service, best quality and best outcomes. We think that if we can relax the system and allow for greater innovation and creativity, we will see all sorts of new approaches that we believe would be healthy for the system.

Senator Keon: That was a truly interesting presentation, Mr. Mazankowski. In fact, you seemed to encompass almost every health system that exists. I am going to come back to what Senator Morin raised, because I think this requires a tremendous amount of thought and may be the key to everything, and perhaps most of all, to relieving the anxiety produced in Canadian citizens when we tamper with the health care system. I think many Canadian citizens are afraid that they will lose their "universal insurance," so to speak, and face catastrophic costs from illness.

Je crois que vous avez très bien résumé le problème. Je suis toujours surpris d'entendre des témoins affirmer, comme nous l'avons déjà fait, que notre système ne requiert aucun investissement additionnel. J'aimerais citer une phrase de votre rapport qui me semble très importante:

«Les demandes en soins de santé augmenteront et coûteront plus cher [...] non parce que les gens utilisent le système de manière frivole [...] mais parce que nous cherchons inlassablement de nouvelles connaissances, de nouveaux traitements [...]»

Je crois que vous avez vraiment tapé dans le mille. Comme vous le savez, beaucoup de pays, comme la Grande-Bretagne, la Suède et d'autres pays européens, songent à instaurer ce que nous appelons le «partage payeur-fournisseur». Vous avez fait allusion au fait qu'en ce moment, nous avons un seul payeur, un seul fournisseur et, comme vous l'avez mentionné, un seul évaluateur. Vous avez également considéré la possibilité d'avoir, par exemple, un seul payeur mais plusieurs fournisseurs, intégrant ainsi au système une notion de concurrence. J'aimerais, si cela est possible, que vous élaboriez là-dessus.

Enfin, monsieur le président, j'espère que le Conseil et notre comité auront d'autres occasions d'échanger de l'information. Je crois que ces deux entités examinent le même problème de deux angles différents. J'apprécie beaucoup votre présence ce matin.

M. Mazankowski: Votre hypothèse est exacte. Je crois que nous aimerions disposer de plusieurs fournisseurs. Nous aimerions instaurer un système centré davantage sur le patient au sein duquel ce dernier aurait une plus grande liberté de choix et les fournisseurs, une plus grande latitude.

Nous aimerions présenter un système sans différenciation, dans lequel l'argent suivrait le patient, plutôt que d'avoir à exploiter tous ces fonds à propos desquels tous doivent se chamailler pour recevoir leur part. C'est comme toute forme de règlement. Il est très difficile de réglementer et de raffiner avec un quelconque degré d'exactitude.

En vertu des mesures de remplacement, l'argent suivra le patient là où il obtiendra le meilleur service, la meilleure qualité et les meilleurs résultats. Nous croyons qu'en assouplissant le système et en permettant davantage d'innovation et de créativité, nous verrons naître toutes sortes de nouvelles approches qui pourraient s'avérer saines pour le système.

Le sénateur Keon: Votre présentation était vraiment très intéressante, monsieur Mazankowski. En fait, vous semblez inclure presque tous les systèmes de santé qui existent. J'aimerais revenir sur le point que le sénateur Morin a soulevé parce qu'il commande selon moi une grande réflexion et qu'il pourrait bien être la clé du débat et peut-être, par-dessus tout, la solution qui soulagerait l'anxiété que ressentent les citoyens canadiens lorsque nous modifions le système de soins de santé. Je crois que nombreux sont les Canadiens qui craignent de perdre leur «assurance universelle», pour ainsi dire, et d'avoir à faire face à des coûts catastrophiques pour se soigner.

The idea of separating out the insurer or the payer, and the provider and the evaluator, I think is something that all of us have to spend a lot of time thinking about. I was also interested to hear you throw out the concept of a medical savings account, which would increase accountability with the insurer. However, whatever mix we develop, whether we use a European mix or not, people are assured they are covered one way or another, but can accept some responsibility for it according to what they can pay. Then the uncoupling would allow the system to glean efficiencies with providers. I am afraid one of the traps we have fallen into is that we produced some systems so big that we do not know how to manage them after we get them up and running, and it might get us out from under some of those problems.

The evaluator is probably the most important component of all, and it is interesting that Marc Lalonde, in his report a number of years ago, emphasized that if a universal health program is to be successful, then it will have to be done on the basis of population health, with continuous evaluation of the population health of the region, the province, the country, whatever units we want to look at, and with appropriate feedback and adjustments to deal with the problems we discover.

Then I would suggest that since we do currently have the regional authorities, it would seem to me that that concept could be layered on top of the regional authority, and indeed could be implemented without too much in the way of headaches as compared to some of the other systems we are looking at.

You already answered Senator Morin's question about uncoupling insurance and the provider, but I would like you to expand on where you see the evaluator coming from. Is this going to be an Alberta evaluator? Is this going to be an independent evaluator, where you would, perhaps, contract with a Canadian firm or maybe an American firm or maybe a European firm to come in and evaluate your various units and give you the information you want? Would it give you the flexibility to change evaluators every couple of years if they were not doing their job, instead of being stuck with some bureaucratic invention within the province? Have you had time to reflect on that, sir?

Mr. Mazankowski: Yes. We have thought about this. We see two areas that we believe require very close monitoring, and of course, this is assuming that we get the kind of database in place that is needed for evaluation. You cannot measure outcomes if you do not have the data. That is the first premise.

We know that Sweden has taken action on accessibility. We are looking at whether, in fact, we can define accessibility as adequately, or whether we can establish a set of standards or provide information on a Web site as to what kind of waiting lists there are in what areas and where they are the most critical.

We really believe that in order to address that issue, we have to put something in place to monitor and to highlight that. Maybe it is in the form of a health commissioner, a health ombudsman or something of that nature, and the same thing applies to quality and outcomes.

Je crois que chacun d'entre nous doit réfléchir sérieusement sur l'idée de séparer l'assureur ou le payeur, ainsi que le fournisseur et l'évaluateur. J'étais également heureux de vous entendre rejeter le concept de compte d'épargne médicale, qui augmenterait la responsabilité de l'assureur. Cependant, quelle que soit la combinaison créée, qu'elle soit européenne ou autre, les gens seront assurés d'être couverts d'une façon ou d'une autre mais pourront en assumer une certaine part de responsabilité selon leurs moyens financiers. C'est alors que le dégroupement permettrait au système de glaner des économies auprès des fournisseurs. J'ai bien peur que nous soyons tombés dans un piège en créant des systèmes tellement imposants que nous ne savons pas comment les gérer une fois qu'ils sont en marche; cela pourrait nous sortir de certains de ces problèmes.

L'évaluateur est probablement l'élément le plus important de tous et je trouve intéressant que Marc Lalonde, dans un rapport qu'il a rédigé il y a plusieurs années, ait reconnu que pour qu'un programme universel de soins de santé porte fruit, il doit être créé selon la santé de la population, évaluer sans arrêt la santé de la population de la région, de la province ou du pays, selon l'échelle qui nous intéresse, et permettre la rétroaction appropriée et les ajustements nécessaires pour résoudre les problèmes découverts.

Je suggère donc, étant donné que nous avons déjà les régies régionales, que nous ajoutions le présent concept à celui des régies régionales; il pourrait à n'en pas douter être implanté sans trop de problèmes comparativement à certains des autres systèmes auxquels nous pensons.

Vous avez déjà répondu à la question du sénateur Morin en rapport avec le détachement de l'assureur et du fournisseur mais j'aimerais que vous élaboriez sur la provenance de l'évaluateur. S'agira-t-il d'un évaluateur de l'Alberta? D'un évaluateur indépendant? Signerez-vous un contrat avec une société canadienne, américaine ou peut-être même européenne pour qu'elle vienne évaluer vos diverses unités et vous donne ensuite l'information désirée? Auriez-vous la possibilité de changer d'évaluateur après quelques années s'il ne remplit pas son mandat, plutôt que d'être coincé avec une quelconque invention bureaucratique provinciale? Avez-vous eu le temps de réfléchir à cela, monsieur?

M. Mazankowski: Oui. Nous y avons pensé. Selon nous, deux facteurs requièrent une surveillance très étroite, en supposant, bien entendu, que nous obtiendrons le type de base de données nécessaire à leur évaluation. On ne peut mesurer des résultats sans données. C'est la première prémisse.

Nous savons que la Suède a fait le nécessaire en matière d'accessibilité. Nous vérifions en ce moment s'il serait possible de définir l'accessibilité aussi adéquatement, d'établir un ensemble de normes ou de donner de l'information dans un site Web en rapport avec le genre de listes d'attente qu'ont les divers corps médicaux et lesquelles sont les plus critiques.

Nous croyons sincèrement que pour aborder ce problème, nous devons mettre un système en place pour surveiller ces données et les faire ressortir. Il pourrait s'agir d'un commissaire à la santé, d'un ombudsman de la santé ou d'un poste de cette nature; il en va de même pour la qualité et les résultats.

We are looking at various mechanisms, and we will probably advance some suggestions on that front too. We are also toying with the idea of invoking change, and we are not talking about a revolution here; we are talking about incremental change, done in a practical and pragmatic way.

We may very well need something like a health commissioner to oversee and drive the process and make sure that it moves forward, but also to act as a kind of ombudsman if anyone is falling through the cracks and being denied service because of the reforms. That would be for a limited time.

We have not yet considered the structure, to whom that person would report, whether it would be for a fixed period and whether it would be contracted out. I think, Senator Keon, to make this work, we need to do two things: We want to ensure that it progresses in a fair and equitable way and that no one is hurt by the change or falls between the cracks; and at the end of the day, we want to measure whether our outcomes were positive, negative, or neutral.

I appreciate your comments. You will have the RHA CEOs here. You will be able to get a good idea from them about what can be done in a practical way to advance some of the broader payer-provider issues to which we refer.

Senator Keon: I would also like to hear your thoughts on information systems, because you are quite far advanced compared to most parts of the country. You have people who are known locally and nationally with various working groups. I have spent quite a number of years myself on these various committees, and my feeling is that we have never been able to get the system up because we have been putting the emphasis on the wrong end.

We have been talking about big, bureaucratic systems, and that raises all kinds of anxieties in our citizens about privacy and related issues. I believe that we have to come at this from the other end, so that every citizen in Canada will have a health card, which is their health record, and that is their responsibility. The technocrats can put in the necessary firewalls. If people want to protect their privacy, they simply carry the card with them.

Have you had time to look at this and where are you going in that direction?

Mr. Mazankowski: Alberta is progressing in that area, but probably not as rapidly as is necessary. We are talking about the need for a health card. Of course, there is controversy over what types of information that card would access. Obviously, we need that kind of system to do the things that we should and we expect to do, such as monitoring outcomes, accessibility and waiting lists.

We will be very forthright in moving forward on this front, because it will be pretty central to the issues that we will be advancing.

Nous étudions en ce moment divers mécanismes et ferons probablement quelques suggestions à cet égard. Nous caressons également l'idée d'invoquer un changement; nous n'envisageons aucune révolution mais plutôt un changement graduel, réalisé d'une façon pratique et pragmatique.

Il se pourrait que nous ayons besoin d'un commissaire à la santé, par exemple, pour superviser et exercer le processus et s'assurer qu'il va de l'avant mais aussi pour tenir en quelque sorte un rôle d'ombudsman au cas où quelqu'un tomberait entre les mailles du filet et se verrait refuser un service à cause des réformes. Ce serait pour un temps limité.

Nous n'avons pas encore songé à la structure, à la personne à qui il rendrait compte, à savoir si ce serait pour une période fixe et si le contrat serait donné en sous-traitance. Je crois, sénateur Keon, que nous avons besoin de deux choses pour que notre projet fonctionne. Il faut d'abord s'assurer qu'il progresse de façon juste et équitable et que personne ne subit les changements apportés ou tombe dans les mailles du filet. Puis, en fin de journée, nous devons vérifier si les résultats obtenus sont positifs, négatifs ou neutres.

J'apprécie vos commentaires. Vous rencontrerez ici les PDG des régions régionales de la santé. Ils vous donneront une bonne idée de ce qui peut être fait en pratique pour faire avancer certaines des grandes questions entourant le concept «payeur-fournisseur» auxquelles nous faisons référence.

Le sénateur Keon: J'aimerais également savoir ce que vous pensez des systèmes d'information, puisque vous êtes très avancés comparativement à la majorité des autres régions du pays. Certains de vos collègues sont connus aux niveaux local et national pour leur participation à divers groupes de travail. J'ai moi-même consacré de nombreuses années à ces divers comités et j'ai l'impression que nous n'avons jamais été en mesure d'ériger le système parce que nous mettions l'emphase au mauvais endroit.

Nous avons discuté d'imposants systèmes bureaucratiques, ce qui soulève chez nos concitoyens toutes sortes d'interrogations face au respect des renseignements personnels et à d'autres questions connexes. Je crois qu'il faut aborder le problème de l'autre côté, de sorte que chaque citoyen du Canada possède sa carte santé, c'est-à-dire son dossier de santé, dont il sera responsable. Les technocrates pourront y intégrer les pare-feu nécessaires. Si les gens désirent protéger leurs renseignements personnels, ils n'auront qu'à emporter leur carte.

Avez-vous eu le temps d'y réfléchir et dans quelle voie vous engagez-vous en ce sens?

M. Mazankowski: L'Alberta fait du progrès en ce sens mais probablement pas aussi rapidement qu'il le faudrait. Nous discutons en ce moment de la nécessité d'une carte santé. Bien entendu, le type de renseignements auxquels cette carte pourrait accéder soulève une controverse. De toute évidence, nous avons besoin de ce type de système pour faire ce qu'il faut et ce à quoi on s'attend, comme la surveillance des résultats, l'accessibilité et les listes d'attente.

Nous serons très sincères sur l'avancement de ce point, puisqu'il constituera le noyau des questions abordées.

On the question of making things too big, our committee has seen many problems arising out of the command-control kind of operation we have had in our health care system. As I said, you cannot regulate everything to perfection.

I think that is also part of the reason for the shortage of health professionals. The command-control system has let us down. We are talking about freeing it up, just unbundling and allowing the initiative and the creative spirit of those in the medical profession, those on the administrative end, and those who want to make the system work better, to get on with things. We think this is a great opportunity.

Senator Roche: I want to say, Mr. Chairman, that Mr. Mazankowski's service to Canada and Alberta over many years has been outstanding.

The Chairman: Absolutely.

Senator Roche: We are fortunate, I think, to have him in the role he is occupying now on the Premier's Advisory Council on Health.

The brief that he has brought before us this morning is very clear and helpful. There are a couple of points I would like to expand on a little.

First, I am struck by the projection that Alberta's spending on health, now consuming a third of the government's budget, is on track to become 50 per cent, and this will inevitably squeeze out other necessary programs such as education. Something must be done about this. I am concerned that the amount of money available for health seems to be so directly tied to the international prices for oil and gas. I am just making a marginal comment on that.

What I am getting to is Don Mazankowski's assessment that medicare will have to change, as will our understanding of it. I took from that that an innovative blend of public and private sourcing for health care will have to become a new characteristic of medicare. Am I correct that there is not enough money in the public system to pay for the escalating costs of health care in the 21st century, that new sources will have to be found, and that private funding will have to complement what we have always understood, through medicare, as being public funding?

Mr. Mazankowski: Theoretically, there probably is enough money in the public system to fund it. You just raise taxes. We are drawing attention to the question, what is the magic figure? Is it 50 per cent? Is it 60 per cent? Should it be 30 per cent or 35?

We sense that the burden of taxation on Albertans and Canadians is almost at the breaking point, and that there may very well be more cost-effective ways of doing things if you experiment and try new things.

En ce qui a trait à la création de systèmes trop imposants, notre comité a vu de nombreux problèmes surgir du type d'exploitation à «commandement-contrôle» utilisé dans notre système de soins de santé. Comme je l'ai déjà dit, on ne peut tout régler à la perfection.

Je crois que cela explique en partie la pénurie de professionnels de la santé. Le système de commandement-contrôle nous a fait faux bond. Nous pensons l'assouplir, en le dégroupant et en permettant à l'esprit novateur et créateur des membres de la profession médicale, de ceux qui travaillent à son administration et de ceux qui souhaitent que le système fonctionne plus rondement de faire avancer les choses. Nous croyons que c'est là une merveilleuse occasion à saisir.

Le sénateur Roche: J'aimerais dire, monsieur le président, que M. Mazankowski a rendu au Canada et à l'Alberta depuis plusieurs années des services exceptionnels.

Le président: Absolument.

Le sénateur Roche: Je crois que nous sommes privilégiés qu'un homme tel que lui tienne ce rôle au sein du Conseil consultatif du premier ministre sur la santé.

Le dossier qu'il nous a présenté ce matin fut très clair et utile. J'aimerais élaborer brièvement sur quelques points.

Tout d'abord, je suis surpris d'apprendre qu'on prévoit que les dépenses de l'Alberta en matière de santé, qui absorbent actuellement le tiers du budget gouvernemental, en consommeront bientôt 50 p. 100; elles évinceront inévitablement d'autres programmes nécessaires comme l'éducation. Il faut faire quelque chose à ce sujet. Je m'inquiète que les sommes mises à la disposition de la santé semblent être si étroitement liées aux cours internationaux du pétrole et de l'essence. Je n'en fais qu'un commentaire marginal.

J'aimerais en venir au fait que Don Mazankowski affirme que le régime d'assurance-maladie ainsi que la vision que nous en avons devront changer. J'ai compris de cette affirmation qu'un mélange novateur de soins de santé de source publique et privée devra constituer une nouvelle caractéristique du régime d'assurance-maladie. Ai-je raison de dire que le système public ne dispose pas d'assez d'argent pour acquitter les frais croissants liés aux soins de santé du XXI^e siècle, qu'il faudra trouver de nouvelles sources et qu'un investissement privé devra compléter ce que nous avons toujours perçu, par le biais du régime d'assurance-maladie, comme un financement public?

M. Mazankowski: Théoriquement, le système public dispose probablement d'assez de fonds pour le financer. Il suffirait de lever un impôt. Nous portons attention à cette question mais quel est le chiffre magique? Est-ce 50 p. 100? 60 p. 100? Devrait-on l'établir à 30 ou 35 p. 100?

Nous croyons que le fardeau fiscal des Albertains et des Canadiens atteint presque le point de seuil et qu'il pourrait bien y avoir des façons plus économiques de procéder en expérimentant des nouveautés.

We just do not believe that throwing more money at the problem will necessarily result in better health care outcomes. There are ways and means to achieve better health outcomes and better quality, and in a more cost-effective way.

We are saying that Canadians, or Albertans, have to take on more responsibility for their own health in terms of living healthier lifestyles, and this is very fundamental to everything we are going say. This is really the first tenet. Albertans need to take more responsibility for their own health in terms of protection, promotion and prevention and leading healthier lifestyles, and Alberta Health and Wellness has to be very much a part of that. It goes right into the education system. That is first and foremost.

Secondly, I think with the advances in new medicine and new technology, access to which can prolong life and improve lifestyles but are very costly, we need to find ways and means to deliver that service and pay for it, rather than saying, "Look, that service is available but we cannot afford it. You cannot have it."

Jurisdictions are forced to live within a budget, and so they ration the health care services to fit that budget. As a group, we are saying we do not like that approach, and what are the alternatives to that? Are there ways and means whereby we can rebalance the payment structure?

Maybe there are things now covered under medicare, under the definition of "comprehensiveness," that an individual can take more responsibility for, but we then broaden the scope at the top end. Those are the kinds of things that we have to discuss. It is a combination.

You will not fix a system simply by trying to extract better cost-efficiencies and reducing administrative costs. Some who have evaluated the health care system in their individual provinces and in other jurisdictions have suggested that that is the answer. We do not see that as the answer. We see that as part of the solution. We want to make sure that we get good value for the dollars that are being spent, but we believe that it has to go beyond that.

Senator Roche: The point you made about people taking more responsibility for their own health is well taken. We have heard this before, and I think the committee is pretty convinced that this is an important element going into the future.

The question of more responsibility, though, also raises the question of patients paying for a certain amount of their own health care. It gets into the controversial aspect of user fees. I sense your hesitancy about making any definitive statement on user fees.

Let me call on your political background to ask you, if user fees were to become necessary or a desired instrument for finding more money for the system, how would this be sold politically to

Nous ne croyons simplement pas que le fait d'allouer plus d'argent au problème donnera nécessairement de meilleurs soins de santé. Il y a des façons et des moyens d'obtenir de meilleurs résultats et une qualité supérieure et ce, d'une façon plus économique.

Nous affirmons que les Canadiens, ou les Albertains, doivent assumer une plus grande responsabilité face à leur propre santé en adoptant un style de vie plus sain; c'est la base même de tout ce que nous dirons. Il s'agit vraiment du premier principe. Les Albertains doivent assumer une plus grande responsabilité face à leur propre santé en termes de protection, de promotion, de prévention et d'adoption d'un style de vie plus sain; Santé et mieux-être Alberta doit certainement faire sa part en ce sens. Cela implique directement le système d'éducation. Voilà ce qu'il faut faire, d'abord et avant tout.

Deuxièmement, face aux progrès de la médecine et de la technologie, dont l'accès peut prolonger la vie et améliorer nos styles de vie mais à un coût très élevé, nous devons trouver des façons et des moyens d'offrir ce service et d'en acquitter les frais plutôt que de dire: «Voyez-vous, ce service est disponible mais nous n'avons pas d'argent pour le payer, alors vous ne pouvez pas en profiter».

Chaque juridiction est tenue de respecter un budget et rationne donc les services de santé en fonction de ce budget. Nous, en tant que groupe, disons ne pas aimer cette approche et demandons s'il existe d'autres façons de faire. Existe-t-il des façons et des moyens de trouver un nouvel équilibre pour la structure de paiement?

Peut-être le particulier pourrait-il assumer plus de responsabilités face à certains éléments que couvre le régime d'assurance-maladie, sous la définition «d'intégralité» mais nous élargissons alors la portée du régime. C'est là le genre de sujets que nous devons aborder. Il s'agit d'une combinaison.

On ne peut réparer un système simplement en tentant d'obtenir un meilleur coût-efficacité et en réduisant les frais administratifs. Parmi ceux qui ont évalué le système de soins de santé de leur province ou territoire respectif, certains ont suggéré cette approche comme solution. Nous ne la considérons pas comme la réponse au problème. Il ne s'agit pour nous qu'une partie de la solution. Nous voulons nous assurer d'obtenir une bonne valeur pour les dollars dépensés mais croyons qu'il faut aller plus loin que cela.

Le sénateur Roche: Votre remarque sur la plus grande responsabilité des gens face à leur propre santé est tout à fait juste. Nous l'avons déjà entendue et je crois que le comité est assez convaincu qu'il s'agit là d'un élément important pour notre avenir.

Toutefois, la question de responsabilité accrue soulève également la question des patients déboursant pour une certaine partie de leurs soins de santé. Nous abordons alors le controversé ticket modérateur. Je sens que vous hésitez à faire une déclaration finale sur le ticket modérateur.

Permettez-moi de faire appel à votre expérience politique et de vous demander ceci: si le ticket modérateur devenait nécessaire (ou tout autre instrument permettant de lever plus de fonds pour le

a sceptical public? How could such a system be made more politically palatable, in your view?

Mr. Mazankowski: Mr. Chairman, Senator Roche, I am not a politician, so I will not give you a political answer, but I will give you my personal viewpoint. I do not like user fees. I think there are other, more effective ways. Once in a while, we go back and read the last speech Tommy Douglas made in the legislature, where he indicated that he felt that individuals should pay something towards support of the health care system. There was always the assumption that there would be some form of payment made, and that it would have a psychological impact if nothing else. If we really want to go back to the basics of the medicare system, all we have to do is read Tommy's Douglas's last speech in the House. I have the quote here, from 1961, if you would like me to present it.

Having said that, things are evolving in such a way that if we want to save the system — and our group wants to save medicare; we want to save the system — we have to make it work. We sense that many people fear this continual talk about sustainability and whether the system will be around in the future.

The greatest fear in the minds of a lot of people is this: Will the system be there when I need it? That is the lack of confidence that exists in the system.

We want to try to deal with that. We would like to advance something that provides a framework for sustainability, fairness and equitability, and that allows you to receive the best and the latest treatment. However, there may have to be some kind of sharing of costs; that is also fair and equitable.

We are not there yet, but as I said, we may not be bold, but we will be different. And I should say that our report will be to the Premier, and it will be up to him and his colleagues to decide whether our report is worthy of consideration or fit for the trashcan.

The council that he has established is of a permanent nature. Our appointment is for a two-year period, and after that, he can appoint new members, reappoint some of the existing ones, or a combination of both.

Our mandate is to report to the Premier, and we are to look beyond the issues of today. We are to look beyond the year 2005, 2010, to see what kind of system we need to respond to the challenges on the horizon.

The Chairman: Just to echo your Tommy Douglas history, as we indicated in our first report, when medicare was first debated in Ottawa, there was a suggestion that there be an element of patient pay; not user fee, but patient pay.

We have always used the term "patient pay," because it means that patients might pay somewhere in the system, as, by the way,

système), comment pourrait-on politiquement vendre cette idée à un public sceptique? À votre avis, comment pourrait-on rendre un tel système plus agréable d'un point de vue politique?

M. Mazankowski: Monsieur le président, sénateur Roche, je ne suis pas politicien alors je ne vous donnerai pas de réponse politique mais plutôt mon point de vue personnel. Je n'aime pas le ticket modérateur. Je crois qu'il existe d'autres moyens plus efficaces d'arriver à nos fins. De temps à autre, nous relisons le dernier discours prononcé par Tommy Douglas au parlement, durant lequel il disait croire que les gens devaient payer une certaine somme pour soutenir le système de soins de santé. Il a toujours été supposé qu'une certaine forme de paiement serait fait et que ce dernier aurait du moins une incidence psychologique. Pour réellement revenir au fondement du système d'assurance-maladie, il suffit de lire le dernier discours de Tommy Douglas à la Chambre. J'ai en main la citation de 1961, si vous désirez que je vous la remette.

Ceci étant dit, les choses évoluent à un point tel que si nous voulons sauver le système (et notre groupe désire sauver le régime d'assurance-maladie; nous voulons sauver le système), nous devons faire en sorte qu'il fonctionne. Nous croyons que beaucoup de gens craignent cette discussion continue sur la viabilité du système et sur sa possible disparition.

La plus grande crainte d'un bon nombre de gens, c'est d'ignorer s'ils disposeront d'un système de soins de santé lorsqu'ils en auront besoin. Cela indique le manque de confiance des gens face au système.

Nous aimerions tenter de résoudre ce problème. Nous aimerions présenter quelque chose qui offre une structure de viabilité, d'impartialité et d'équité et vous permette de recevoir le traitement le plus récent et de la plus grande qualité possible. Cependant, il est possible que nous devions en partager les coûts, ce qui serait également juste et équitable.

Nous n'en sommes pas encore pas là mais comme je l'ai dit plus tôt, nous ne serons peut-être pas énergiques mais nous serons différents. Je dois dire que notre rapport sera présenté au premier ministre et qu'il relèvera de lui et de ses collègues de décider si notre rapport est digne d'un examen ou de la poubelle.

Le conseil qu'il a mis sur pied est permanent. Nous avons été nommés pour une période de deux ans; après cette période, il pourra nommer de nouveaux membres, reconduire le mandat de certains membres actuels ou faire un mélange de ces deux options.

Nous avons pour mandat de rendre compte au premier ministre et de voir au-delà des questions qui nous occupent aujourd'hui. Nous devons voir au-delà de l'an 2005 ou 2010 pour savoir de quel genre de système nous aurons besoin pour répondre aux défis qui se pointent à l'horizon.

Le président: Pour revenir à votre histoire de Tommy Douglas, comme nous l'avons indiqué dans notre premier rapport, lors des premiers débats sur le régime d'assurance-maladie à Ottawa, il a été question de frais d'utilisation; pas de ticket modérateur mais de frais d'utilisation.

Nous avons toujours utilisé le terme «frais d'utilisation» parce qu'il signifie que le patient pourrait avoir à payer une part du

all Albertans now do. You call it a "premium," but it is an element of patient pay.

The problem with user fees, as you correctly identify, is that payment at the time of service is highly questionable for many reasons. However, the notion that the patients ought to make a contribution was certainly part of the original federal debate back in the early 1960s. I will get your Tommy Douglas quote, because there will be a number of occasions where it will be very useful for me to use. I will tell you that I found one from Tom Kent on the Liberal side that was equally effective from my point of view.

Mr. Mazankowski: I have some good friends over in the NDP who did this research for me.

Senator Pépin: Mr. Mazankowski, it is always a pleasure to see you.

I come from Quebec, where we have a very severe shortage of nurses. As we have been travelling across the country, we have been told that many nurses are coming here to Alberta to work. There must be good working conditions. You must have something special here.

In your study or in your approach, how do you see the work of nurses in the delivery of care? Do you see them as practitioners, partners, team players, or people doing paperwork, because as you mentioned, you want partnership between user and provider. I do not know if you have had time to look at nursing.

Mr. Mazankowski: Indeed we have. We see them very much in a professional mode. There are issues between physicians and nurses in terms of their working arrangements that have to be overcome, and we would certainly like to see that resolved. We will be saying something about that.

Senator Pépin: Would you be able to facilitate the process?

Mr. Mazankowski: Absolutely, and we see potential here for partnerships between the various medical professions to provide a broad range of services in established enterprises. We have had some excellent presentations from the nursing profession, and we have also had some excellent presentations from the physicians, and they basically agree. However, for some reason or another, they have had difficulty in coming together to resolve the problem. Someone will have to do that.

On the broader question of the shortage of nurses, again, I think it is a product of our command-control system. We try to predict what will be needed out there, and we do not do a very good job of it.

Senator Pépin: I will be watching for the report.

The Chairman: Thank you very much for taking the time to be with us. In closing, just to echo Senator Morin's comment, I think an informal meeting between some of your colleagues and some members of this committee would be very useful. You and I can perhaps have a chat soon about how we might do that.

système, comme le font déjà les Albertains, en passant. Vous parlez de «prime» mais elle fait partie des frais d'utilisation.

Le problème du ticket modérateur, comme vous l'avez bien identifié, c'est que le paiement effectué au moment où le service est rendu est très discutable pour plusieurs raisons. Cependant, la notion voulant que les patients fassent une contribution faisait certainement partie des débats fédéraux d'origine, au début des années 60. Je prendrai votre citation de Tommy Douglas, puisqu'elle me sera très utile dans bon nombre d'occasions. Je vous dirai que j'ai moi-même trouvé une citation de Tom Kent, du clan libéral, qui était tout aussi efficace selon moi.

M. Mazankowski: De bons amis du NPD ont fait cette recherche pour moi.

Le sénateur Pépin: Monsieur Mazankowski, c'est toujours un plaisir de vous rencontrer.

Je viens du Québec, qui subit une très importante pénurie d'infirmiers. Lors de nos voyages de part et d'autre du pays, nous avons appris que beaucoup d'infirmiers viennent travailler ici, en Alberta. Vous devez offrir de bonnes conditions de travail. Cette province a certainement quelque chose de spécial.

Dans votre étude ou votre approche, comment voyez-vous le travail des infirmiers qui livrent les soins de santé? Les percevez-vous comme des praticiens, des partenaires, des équipiers ou des employés de bureau? Je pose la question parce que vous avez mentionné que vous souhaitiez établir un partenariat entre l'utilisateur et le fournisseur. Je ne sais pas si vous avez eu le temps de penser à la profession infirmière.

M. Mazankowski: Oui, nous l'avons fait. Nous les percevons d'un œil plutôt professionnel. Il faudra surmonter les quelques questions qui divisent les médecins et les infirmiers quant à leur accord de travail; nous aimerions certainement qu'elles soient résolues. Nous aborderons ce sujet.

Le sénateur Pépin: Seriez-vous en mesure de faire la médiation du processus?

M. Mazankowski: Absolument et nous distinguons ici une possibilité de partenariat entre les diverses professions médicales qui permettrait d'offrir une grande variété de services au sein d'entreprises établies. Nous avons assisté à d'excellentes présentations de la profession infirmière, de même que des médecins; les deux professions sont fondamentalement d'accord. Cependant, pour une raison ou une autre, elles ont eu du mal à se rencontrer pour résoudre le problème. Quelqu'un devra s'en charger.

En ce qui a trait à la pénurie des infirmiers, je répète qu'il s'agit d'après moi d'un produit de notre système de commandement-contrôle. Nous essayons de prédire ce dont les gens auront besoin mais n'y arrivons pas très bien.

Le sénateur Pépin: Je surveillerai la parution du rapport.

Le président: Merci beaucoup d'avoir pris le temps de nous rencontrer. En conclusion, pour revenir au commentaire du sénateur Morin, je crois qu'une réunion non officielle entre certains de vos collègues et quelques membres de ce comité pourrait être très utile. Vous et moi pourrions discuter bientôt de la façon de faire.

Colleagues, our next witness is the Honourable Edward Picco, the Minister of Health and Social Services for the Territory of Nunavut.

Thank you very much for coming, Mr. Picco. I know on our original schedule, we had you and Mr. Mazankowski at the same time. However, we have always given ministers the privilege of appearing on their own.

We are delighted that you are here. I know you have given us a handout. If you would proceed with your opening statement, we would then be delighted to ask you a series of questions.

Thank you, by the way, for coming all the way from Iqaluit. We appreciate your being here.

Hon. Edward Picco, Minister of Health & Social Services (Nunavut): Mr. Chairman, I think it is important to bring today to this standing Senate committee some very frightening statistics, and a very disturbing outlook on health care and health provision in the northern part of Canada and also for the Aboriginal populations across Canada in rural areas.

I think Mr. Mazankowski hit the nail right on the head when he said that the health status of people in general depends on their socio-economic status. That is the major determinant of health, and I think Nunavut graphically demonstrates that.

Mr. Chairman, I am very pleased to be here today to appear before the committee as the longest-serving health minister in Canada, in either the provinces or territories. I have had the unique opportunity to be at the table during the CHST debates and so on and so forth.

I would like to begin by telling you about the health status of the people of Nunavut. It is very poor in comparison to the rest of Canada. Approximately 85 per cent of our population is Inuit, making Nunavut the only jurisdiction in the country that is endeavouring to meet the urgent health care needs of an overwhelmingly Aboriginal population.

Now, the context for the provision of health services has many challenges in Northern Canada; it begins with our children. This is a very shocking and disturbing picture. Several weeks ago, the *National Post*, *The Globe and Mail*, and *CBC Newsworld* covered a recent study of our Inuit children in Baffin Island, where I live, by Dr. Anna Banerji of the B.C. Children's Hospital.

That disturbing report shows over 484 admissions per 1,000 children with lung infections in Baffin Island. It was 50 times higher than the Canadian national average of 10 admissions. Indeed, there are only a very select few of developing countries, third world countries, which even come close to this status.

That is not well known in the country, and it is not acceptable. Our smoking rates are the highest in the country, and are

Chers collègues, notre prochain témoin est l'honorable Edward Picco, ministre de la Santé et des Services sociaux pour le territoire du Nunavut.

Merci beaucoup de votre présence, monsieur Picco. Je sais que l'ordre du jour d'origine vous présentait en même temps que M. Mazankowski. Cependant, nous avons toujours accordé aux ministres le privilège de témoigner de façon individuelle.

Nous sommes ravis de vous compter parmi nous. Je sais que vous nous avez remis un document. Si vous voulez bien passer à votre déclaration préliminaire, nous serons ensuite heureux de vous poser quelques questions.

Soit dit en passant, je vous remercie d'être venu d'aussi loin qu'Iqaluit. Nous apprécions votre présence.

L'honorable Edward Picco, ministre de la Santé et des Services sociaux (Nunavut): Monsieur le président, je crois qu'il est important de présenter aujourd'hui à ce comité sénatorial permanent certaines statistiques très effrayantes ainsi que des perspectives très perturbantes sur les soins de santé et la prestation des services de santé dont bénéficie la région septentrionale du Canada et les populations autochtones du Canada rural.

Je crois que M. Mazankowski a vraiment tapé dans le mille lorsqu'il a dit que l'état de santé des gens dépend en général de leur statut socio-économique. Ce dernier constitue le déterminant majeur de la santé et je crois que le Nunavut en est une excellente preuve.

Monsieur le président, je suis très heureux de comparaître aujourd'hui devant le comité à titre de ministre de la Santé ayant les plus longs états de service au Canada, provinces et territoires confondus. J'ai eu l'occasion unique d'assister aux débats du TCSPS, et cetera.

J'aimerais d'abord vous présenter l'état de santé du peuple du Nunavut. Il est très faible comparativement à celui du reste du Canada. Environ 85 p. 100 de notre population est inuite, ce qui fait du Nunavut la seule juridiction au pays qui s'efforce de satisfaire les besoins urgents de santé d'une population essentiellement autochtone.

Ensuite, le contexte entourant la prestation de services de santé fait face à plusieurs problèmes dans le Nord canadien; les problèmes touchent d'abord nos enfants. L'image que nous en avons est très choquante et troublante. Il y a plusieurs semaines, le *National Post*, *The Globe and Mail* et *CBC Newsworld* ont couvert une étude réalisée récemment par la Dre Anna Banerji du B.C. Children's Hospital sur les enfants inuits de l'île de Baffin, où j'habite.

Ce rapport inquiétant indique que sur 1 000 enfants de l'île de Baffin admis à l'hôpital, plus de 484 sont atteints d'une infection pulmonaire. Ce nombre est 50 fois supérieur à la moyenne nationale canadienne, qui est de 10 admissions. À vrai dire, très peu de pays en développement, de pays du tiers monde, s'approchent d'un tel statut.

Notre pays ne connaît pas bien cette situation, ce qui est inacceptable. Notre taux de fumeurs est le plus élevé au pays et il

especially worrisome amongst our young people, who are developing lifelong addictions. Seven out of ten 19-year-olds smoke.

The unemployment rate in Nunavut is over 20 per cent, which compares with the annual Canadian rate of 8 per cent. The average annual income among 85 per cent of our population is well below the Canadian average. Again, it goes back to what Mr. Mazankowski said about the socio-economic factors and health determinants.

Mr. Chairman, I think it is also important to highlight overcrowding in Nunavut because of our housing situation. I am also the minister responsible for homelessness. In Nunavut, if you understand homelessness, you use two terms: one is "relative homelessness," and the other one is "absolute homelessness."

Absolute homelessness refers to the people you see on the streets in your larger cities. Relative homelessness is what we have in Nunavut, where 22 people live in a two-bedroom house, and people have to sleep in closets, on the floor, and in shifts on foam mattresses.

When you are in an environment like that, Mr. Chairman, when you have colds, the flu, pneumonia, and you are not getting enough to eat, of course your health status goes down. This is happening right now in Canada.

Although I appreciate some of the comments that I heard earlier this morning, and after having an opportunity to actually read your report, I believe we really need to refocus on a national level on what we are doing on health care expenditures, especially in northern regions, Labrador, and the rural areas of the country.

As you stated in your interim report, Mr. Chairman, Aboriginal people accept a broad concept of health that encompasses not only the spiritual, but also the physical, mental and emotional aspects of the individual. People's social, cultural, physical, economic and political environments also influence the state of their health. I think that is what we are trying to say today.

Mr. Chairman, we must improve our social conditions, invest in health, and provide health care at acceptable levels, comparable to those available to Canadians living in other parts of the country.

Mr. Mazankowski talked about access. If you are living in downtown Edmonton or Ottawa, maybe you cannot decide if you will go to Doctor A or Doctor B or Doctor C. That seems pretty strange when you are living in Northern Canada and do not have that option. You have the option of going to a nurse, and you might only see a doctor once every three or four months. However, I think we can be optimistic, Mr. Chairman.

I just want to talk a little about the cost of health care. Mr. Mazankowski touched on it earlier. Every meeting that I have been to as a health minister, it always comes back to cost.

est particulièrement inquiétant chez nos jeunes, qui développent une accoutumance à vie. Sept jeunes de 19 ans sur dix fument.

Le taux de chômage au Nunavut dépasse les 20 p. 100, comparativement au taux annuel canadien de 8 p. 100. Le revenu annuel moyen de 85 p. 100 de notre population se situe bien en dessous de la moyenne canadienne. Cela nous ramène encore aux propos de M. Mazankowski sur les facteurs socio-économiques et les déterminants de la santé.

Monsieur le président, je crois qu'il est aussi important de souligner le surpeuplement du Nunavut causé par notre situation du logement. Je suis également le ministre responsable du phénomène des sans-abri. Au Nunavut, lorsqu'on parle de sans-abri, on utilise deux termes, soit «absence de logement relative» et «absence de logement absolue».

L'absence de logement absolue fait référence aux gens qui arpentent les rues de vos grandes villes. L'absence de logement relative illustre plutôt ce qui se passe au Nunavut lorsque 22 personnes habitant une maison de deux chambres doivent dormir dans un placard, sur le plancher ou, chacun leur tour, sur un matelas de mousse.

Si vous vivez dans un tel milieu, monsieur le président, que vous avez le rhume, la grippe ou une pneumonie et que vous ne mangez pas à votre faim, il est bien évident que votre état de santé se détériore. C'est ce qui se produit actuellement au Canada.

Bien que j'aie apprécié certains des commentaires entendus plus tôt ce matin, et après avoir eu l'occasion de lire votre rapport, je crois que nous devons réellement refaire le point à une échelle nationale sur la façon dont nous abordons les dépenses de santé, surtout dans les régions au nord, au Labrador et dans les régions rurales du pays.

Comme vous l'avez indiqué dans votre rapport provisoire, monsieur le président, le peuple autochtone convient d'un concept large de la santé qui couvre non seulement l'aspect spirituel mais également physique, mental et émotionnel de l'individu. Les milieux social, culturel, physique, économique et politique des gens influencent également leur état de santé. Je crois que c'est ce que nous essayons de dire aujourd'hui.

Monsieur le président, nous devons rehausser notre condition sociale, investir dans la santé et offrir des soins de santé de niveaux acceptables, comparables à ceux qui sont offerts aux Canadiens qui habitent d'autres régions du pays.

M. Mazankowski a parlé d'accessibilité. Si vous habitez le centre-ville d'Edmonton ou d'Ottawa, vous n'arriverez peut-être pas à décider si vous voulez consulter le Dr A, le Dr B ou le Dr C. Cette situation semble très étrange lorsque vous habitez le nord du Canada et que vous n'avez pas ce choix. Vous n'avez le choix que de consulter un infirmier et n'avez la possibilité de consulter un médecin qu'aux trois ou quatre mois. Je pense toutefois que nous pouvons être optimistes, monsieur le président.

J'aimerais parler un peu du coût des soins de santé. M. Mazankowski a abordé le sujet plus tôt. Les réunions auxquelles j'ai participé en tant que ministre de la Santé ont toujours fini par parler des coûts.

Health care costs in Nunavut are extremely high. We provide services to about 30,000 people who occupy one-fifth of Canada's entire landmass. Nunavut spans three time zones, as you know, Mr. Chairman. The remoteness and vastness of the territory impact greatly on our health care costs. We have a very complex health care system that is delivered in three official languages: English, French and Inuktitut.

Much of our acute care is provided in southern cities. There is a network of boarding houses in order for our patients to receive care in the South. For example, right here in Edmonton, I believe 70 patients are today receiving health care from the Edmonton health services network. I also run boarding homes in Churchill, Winnipeg, Montreal, Yellowknife, Iqaluit and Ottawa.

The boarding homes in the South must provide transportation, translation and country/traditional foods to people who may be making the trip. Let me give you an example. Would a person here, for example, a mother or a father, like to send their daughter from Montreal, let's say, to Edmonton 2,000 miles away, by herself at 18 to have a first baby? Would you like to do that? No, you would not.

In the north, we have to send our children 2,000 miles away, sometimes by themselves, to receive health care in Toronto or Ottawa or Edmonton. Here in Edmonton where we are today, we have patients who have travelled for two days from communities of 300, 400, 500 people, and where their first language is not English.

I only have one hospital in all of Nunavut — one. It was built 40 years ago. I really get passionate about the issue because I have lived in Nunavut for 20 years. My wife is from Nunavut. My three children were born there. They speak their language. Some of the things that we are seeing are not acceptable, and of course, as a politician — you guys having some familiarity with politics — you know that you have to answer to it.

It is very disturbing. Let me give you a parallel. For someone travelling from, say, Igloolik, a remote community off the west coast of Baffin Island, to Ottawa, would be something like one of you going to Japan for health care. When you arrive in Japan, you are in a strange culture. You would not be able to read or understand the language. Television is in Japanese; the papers are in Japanese.

You would not necessarily know what to do or where to go, and you are sick. You would be there for chemotherapy or radiation therapy and so on. As uncomfortable as that may be, it would probably be several times more difficult for an Inuit person whose first language is neither English nor French.

Le coût des soins de santé au Nunavut est extrêmement élevé. Nous offrons des services à environ 30 000 personnes qui occupent le cinquième de la masse continentale du Canada. Le Nunavut traverse trois fuseaux horaires, comme vous le savez, monsieur le président. L'éloignement et l'immensité du territoire ont d'importantes répercussions sur le coût de nos soins de santé. Nous disposons d'un système de soins de santé très complexe, qui est offert dans les trois langues officielles: l'anglais, le français et l'inuktitut.

Une grande partie de nos soins de courte durée sont offerts dans les villes situées plus au sud. Un réseau de foyers permet à nos patients de recevoir des soins dans le sud. Par exemple, ici même à Edmonton, je crois que 70 patients reçoivent aujourd'hui des soins du réseau de services de santé d'Edmonton. Nous exploitons également des foyers à Churchill, à Winnipeg, à Montréal, à Yellowknife, à Iqaluit et à Ottawa.

Les foyers au sud doivent offrir un moyen de transport, un service de traduction et des repas traditionnels aux gens qui font le voyage. Laissez-moi vous donner un exemple. Une personne d'ici — une mère ou un père par exemple — aimerait-elle envoyer sa fille de Montréal, disons à Edmonton, à plus de 3 200 km, seule, alors qu'elle n'est âgée que de 18 ans et qu'elle va accoucher de son premier enfant? Aimeriez-vous avoir à faire cela? Non, vous n'aimeriez pas.

Dans le Nord, nous devons envoyer nos enfants à plus de 3 200 km, parfois sans les accompagner, pour qu'ils reçoivent des soins de santé à Toronto, à Ottawa ou à Edmonton. À Edmonton, où nous sommes aujourd'hui, certains patients ont voyagé pendant deux jours en provenance de communautés de 300, 400 ou 500 habitants dont la langue maternelle n'est pas l'anglais.

Nous ne disposons que d'un seul hôpital dans tout le Nunavut — un seul. Il a été construit il y a 40 ans. Je parle avec véhémence de cette question, parce que j'habite le Nunavut depuis 20 ans. Ma femme est originaire du Nunavut. Mes trois enfants y sont nés. Ils parlent la langue de ce peuple. Certaines des choses dont nous sommes témoins sont inacceptables et, bien entendu, en tant que politicien — puisque vous êtes en quelque sorte familiers avec la politique — vous savez qu'il faut faire quelque chose.

Cette situation est très troublante. Permettez-moi d'en faire un parallèle. Pour quelqu'un qui part, disons, d'Igloolik, une communauté éloignée située à l'ouest de l'île de Baffin, pour se rendre à Ottawa, l'expérience est la même que pour vous qui auriez à vous rendre au Japon pour recevoir des soins de santé. À votre arrivée au Japon, vous êtes au sein d'une culture étrangère. Vous êtes incapable de lire ou de comprendre la langue. La télévision est en japonais; les journaux sont en japonais.

Vous ne savez pas nécessairement quoi faire, où aller, et vous êtes malade. Vous êtes à cet endroit pour recevoir une chimiothérapie ou une radiothérapie, et cetera. Aussi inconfortable que cela puisse être, l'expérience serait probablement encore plus difficile pour une personne inuite dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais.

For example, the patient arrives here in Edmonton, or Ottawa or Montreal. You can imagine being sick in bed, you are getting chemotherapy and you have lost all your hair. Maybe for two hours a day, someone will come along who can speak your language and talk to you and ask if you want a glass of water and so on. However, after that, you are alone. Would you get well very quickly?

You are 2,000 miles away from home, and we do not have the luxury, Mr. Chairman, to fly family members with you. What usually happens, if you are a unilingual person, is that we fly one escort with you, but that might not be your wife, because she might not speak English. It might be a child, a friend or a neighbour.

Medical travel to southern referral centres alone results in costs of about \$1,000 per capita per year. Medical travel now costs about \$30 million a year and represents almost one-fifth of the total expenditure of my health department, which is about \$150 million.

Due to our remote location, costs are especially high for medical emergency evacuations. For example, when someone is injured in an accident in a remote community and requires hospital care, they are sent out on a medivac flight that can cost anywhere from \$12,000 to \$25,000. If you go into premature labour and are living in a small community, I would have to send a plane to bring you out. And when I send that plane, of course I would have to have a nurse and other people available to help. It is very expensive.

The costs are going up currently because of salaries. Costs for recruitment, retention, salaries and benefits, housing and transportation are higher in Nunavut than anywhere else in Canada. Nurses provide primary health care in 90 per cent of my communities.

Therefore, if you get sick in one of my communities other than Iqaluit, your first contact with a medical professional would be with a nurse. These nurses practice in very remote communities, several of which do not have computers or access to the Internet.

These nurses carry a heavy workload with very significant responsibilities. They must be able to diagnose, treat, prescribe medications and monitor very ill people. The per-visit cost to see a nurse in Nunavut, of course, is much higher than to see a physician in the South.

We have done quite a few things to try to change the health care system in the two-and-a-half years since Nunavut came into existence. We have just implemented a costly labour market supplement to support recruitment, but even this is having limited results. I cannot find the health care professionals in Canada to work in Nunavut.

Par exemple, vous arrivez à Edmonton, à Ottawa ou à Montréal. Imaginez-vous malade au lit, recevant une chimiothérapie et ayant perdu tous vos cheveux. Pendant peut-être deux heures par jour, quelqu'un qui parle votre langue vous rend visite, discute avec vous et demande si vous désirez un verre d'eau ou autre chose. Par contre, après sa visite, vous êtes seul. Vous rétablirez-vous très rapidement?

Vous êtes à plus de 3 200 km de chez vous et nous ne pouvons nous permettre, monsieur le président, de faire voler un membre de votre famille avec vous. Ce qui se passe habituellement, si vous êtes unilingue, c'est que nous faisons voyager avec vous une escorte qui peut très bien ne pas être votre épouse, puisqu'elle ne parle peut-être pas l'anglais. Ce pourrait être un enfant, un ami ou un voisin.

Les voyages pour soins médicaux vers des centres spécialisés du sud occasionnent à eux seuls des coûts d'environ 1 000 \$ par habitant, par année. Ces voyages coûtent maintenant environ 30 millions de dollars par année, ce qui représente près du cinquième des dépenses totales de mon ministère (environ 150 millions de dollars).

Parce que nous sommes éloignés, les coûts sont particulièrement élevés dans le cas d'évacuations sanitaires d'urgence. Par exemple, quand quelqu'un est blessé dans un accident survenu dans une communauté éloignée et qu'il requiert des soins hospitaliers, il est envoyé sur un vol d'évacuation médicale; ce seul vol peut coûter entre 12 000 \$ et 25 000 \$. Dans le cas d'un accouchement prématuré d'une femme qui habite une petite communauté, nous devons envoyer un avion la chercher. Bien entendu, dans cet avion doivent se trouver un infirmier et d'autres personnes pour l'assister. Le tout est très dispendieux.

À l'heure actuelle, les coûts grimpent à cause des salaires. Les coûts de recrutement, de maintien de l'effectif, des salaires, des avantages sociaux, d'hébergement et de transport sont plus élevés au Nunavut que partout ailleurs au Canada. Les infirmiers offrent des soins de santé primaires dans 90 p. 100 de nos communautés.

Par conséquent, si vous tombez malade dans l'une de nos communautés autre qu'Iqaluit, le premier professionnel médical que vous rencontrerez sera un infirmier. Ces infirmiers pratiquent dans des communautés très éloignées, dont plusieurs n'ont ni ordinateur ni connexion Internet.

Ces infirmiers ont une lourde charge de travail et assument d'importantes responsabilités. Ils doivent être en mesure de poser un diagnostic, de traiter le patient, de prescrire une médication et de surveiller les grands malades. Le coût d'une visite chez un infirmier du Nunavut est, bien entendu, beaucoup plus élevé qu'une visite chez un médecin du sud.

Nous avons fait plusieurs efforts pour changer le système de soins de santé au cours des deux ans et demi qui ont suivi la création du Nunavut. Nous venons de mettre sur pied un dispendieux supplément au marché du travail en vue de soutenir le recrutement mais même ce geste entraîne des résultats limités. Je ne peux trouver au Canada des professionnels de la santé qui veulent travailler au Nunavut.

I am now recruiting Australian nurses. Last year, I brought in 12; I am looking at about 22 this year, because I need an undetermined number of nurses who will work in a community for two or three years. To Canadian nurses, I offer a \$24,000 signing bonus on top of a minimum salary of between Can \$60,000 to Can \$80,000 to work in Nunavut. I still cannot find enough.

Senator Morin: Senator Pépin would know. She is a nurse.

Mr. Picco: Yes. I still have a hard time contracting those health care professionals. The retention of our staff is a constant issue. The frequent turnover and relocation of staff adds even to the basic input cost of my service delivery, and the situation can only worsen as the nation and the world face an acute shortage of nurses.

We also have a very aged, outdated health infrastructure in many communities. For example, as I said earlier, the territory's only hospital is in Iqaluit. It is almost 40 years old and is obsolete.

What that means, Mr. Chairman — and our colleague, Senator Pépin, would understand — is that the hallways, the corridors, are not wide enough to accommodate the new gurneys and hospital stretchers that are in use today.

I cannot have modern IV equipment because the corridors in the hospital will not accommodate that. Even the supplies and services to support our care significantly add to the cost. Many items used in the North are twice as expensive as in the South.

The current system also faces further cost pressures as our population grows. Our birth rate is the highest in the country. As the population ages, of course, we have more pressure on us to deliver services.

Mr. Chairman, I think the health care system in Nunavut cannot be sustained at its current funding level. Since we were entrusted with the responsibility of governing our territory, I believe that the Government of Nunavut has demonstrated a deep commitment to responsible fiscal management.

However, Mr. Chairman, Nunavut requires unique fiscal considerations and ongoing and creative partnerships with our federal government to be successful.

Canadians expect health care to be provided by our governments, and it is very important that Canadian health care systems remain single-tiered and publicly funded to ensure equal, and I think what is key here, Mr. Chairman, fair access to health care for everyone. There should not be better access for the rich, for the educated, for the urban.

Je recrute présentement des infirmiers australiens. L'an dernier, j'en ai recruté 12; je compte en recruter environ 22 cette année, parce que j'ai besoin d'un nombre indéterminé d'infirmiers qui travailleront au sein d'une communauté pour une période de deux ou trois ans. Aux infirmiers canadiens qui veulent travailler au Nunavut, j'offre une prime de 24 000 \$ à la signature de la convention en plus d'un salaire minimum situé entre 60 000 \$ et 80 000 \$ canadiens. Je n'arrive tout de même pas à en trouver un nombre suffisant.

Le sénateur Morin: Le sénateur Pépin est certainement au courant. Elle est infirmière.

M. Picco: Oui. J'ai toujours de la difficulté à engager ces professionnels de la santé. Le maintien de l'effectif est une question qui revient sans cesse à l'ordre du jour. Le roulement et la réinstallation du personnel s'ajoutent au coût de base des intrants pour la prestation des services; la situation ne peut que s'aggraver face à la pénurie d'infirmiers que connaissent le pays et le monde.

Plusieurs communautés sont également aux prises avec une infrastructure sanitaire très vieille et désuète. Par exemple, comme je l'ai dit plus tôt, le seul hôpital que compte notre territoire est situé à Iqaluit. Il a presque 40 ans et est devenu désuet.

Cela signifie, monsieur le président — et notre collègue, le sénateur Pépin, le comprendra — que les couloirs et les corridors ne sont pas assez larges pour accueillir les nouvelles civières roulantes et les civières d'hôpitaux que l'on utilise de nos jours.

Je ne peux utiliser l'équipement intraveineux moderne parce que les corridors de l'hôpital ne peuvent l'accueillir. Même les fournitures et les services de soutien des soins font augmenter les coûts de façon significative. Beaucoup d'articles utilisés dans le Nord sont deux fois plus dispendieux que dans le Sud.

Le système actuel fait également face à d'autres tensions de coûts avec l'accroissement démographique. Notre taux de natalité est le plus élevé du pays. À mesure que la population prend de l'âge, il est évident que la prestation de services fait face à davantage de tensions.

Monsieur le président, je crois que le système de soins de santé au Nunavut ne peut subsister avec le niveau de financement actuel. Depuis qu'on nous a confié le soin de gouverner notre territoire, je crois que le gouvernement du Nunavut a fait preuve d'un engagement sérieux envers la gestion budgétaire.

Cependant, monsieur le président, le Nunavut requiert des considérations fiscales uniques ainsi qu'un partenariat créatif continu avec le gouvernement fédéral pour parvenir à ses fins.

Les Canadiens comptent sur nos gouvernements pour leur offrir des soins de santé et il est très important que les systèmes du Canada continuent d'offrir des soins de santé à palier unique, subventionnés par l'État, afin que tous bénéficient d'un accès équitable et juste aux soins de santé; je crois qu'il s'agit là, monsieur le président, de l'élément clé de cette discussion. Les gens ne devraient pas bénéficier d'un meilleur accès sous prétexte qu'ils sont riches, éduqués ou citoyens.

Mr. Chairman, many Canadians, as Mr. Mazankowski said earlier and following on from Tommy Douglas's legacy, believe that medicare is a birthright, and that all governments must collectively share the responsibility for the provision of health care.

Nunavut's government has taken aggressive measures to improve the efficiency and the quality of our services while streamlining the system. We have implemented quality-control measures that did not previously exist. We had three health boards that we disbanded to eliminate the bureaucracy and the duplication.

I had a health board in the Western Arctic that was trying to hire nurses. I had a health board in the Eastern Arctic that was trying to hire nurses, and they were competing against each other. We eliminated them, at some political cost to us.

We are developing community-based services, many in partnership with our federal government, and these will increase community capacities in important areas like home care. We are also attempting to establish urgently needed infrastructure. The recent approval of a CHIPP proposal is bringing telehealth to another 10 remote Nunavut communities. I have signed off on a recent agreement with the state of New South Wales in Australia for telehealth medicine. We have also signed an agreement with the Government of Newfoundland and Labrador on telehealth.

The federal government is soon to roll out a Health Canada primary health care program. We have been practicing primary health care and health care reform for years and would expand on the model to deliver effective, community-based, integrated health care. Nunavut is also working with the federal government and the other territories to establish a wellness framework that will involve Inuit and First Nations in health planning issues.

Mr. Chairman, we have a problem. The current health status of the Inuit is unacceptable. You yourself have said it is a "national disgrace." Steps need to be taken to address this national disgrace. We cannot solve the problem alone, and we now have to ask the question, what are we going to do about it? The federal government has a longstanding and special relationship with Inuit.

We believe the federal government has fiscal, historical and constitutional responsibilities to our Aboriginal people throughout Canada. This, of course, includes the Inuit of Nunavut.

Mr. Chairman, I have also previously stated that Inuit expect levels of health care that are comparable with other Canadians. To achieve this, we need resources from the Government of Canada. We would strongly recommend that the Government of Canada accept and discharge its responsibility for the 85 per cent of the population of Nunavut who are Inuit.

Monsieur le président, nombre de Canadiens, comme M. Mazankowski l'a déjà dit dans le sillage de Tommy Douglas, croient que l'assurance-maladie est un droit de naissance et que tous les gouvernements doivent partager collectivement la responsabilité quant à la prestation des soins de santé.

Le gouvernement du Nunavut a pris des mesures dynamiques pour rehausser l'efficacité et la qualité de ses services tout en rationalisant le système. Nous avons implanté des mesures de contrôle de la qualité qui n'existaient pas auparavant. Nous avons dissout trois conseils sur la santé pour éliminer toute bureaucratie et tout chevauchement.

L'Arctique de l'Ouest avait un conseil de la santé qui tentait d'engager des infirmiers. L'Arctique de l'Est avait également un conseil de la santé qui tentait d'engager des infirmiers et qui faisait ainsi concurrence à l'autre conseil. Nous avons éliminé les deux conseils, ce qui nous a valu quelques pertes politiques.

Nous sommes en train de développer des services communautaires, plusieurs en collaboration avec le gouvernement fédéral, qui augmenteront les capacités communautaires dans des secteurs importants comme les soins à domicile. Nous tentons également d'établir une infrastructure instamment nécessaire. L'approbation récente d'une proposition de PPICS offrira la télésanté à 10 autres communautés éloignées du Nunavut. J'ai récemment signé une entente de télémedecine avec la Nouvelle-Galles du Sud, un état australien. Nous avons également signé une entente de télésanté avec les gouvernements de Terre-Neuve et du Labrador.

Le gouvernement fédéral déploiera bientôt un programme de soins de santé primaires de Santé Canada. Nous offrons depuis des années des soins de santé primaires ainsi qu'une réforme des soins de santé; nous pourrions développer ce modèle pour offrir des soins de santé intégrés, communautaires et efficaces. Le Nunavut travaille également avec le gouvernement fédéral et les autres territoires à l'établissement d'une structure de bien-être qui impliquera les Inuits et les Premières nations au niveau des questions de planification sanitaire.

Monsieur le président, nous avons un problème. L'état de santé actuel du peuple inuit est inacceptable. Vous avez vous-même parlé d'une «honte nationale». Des mesures doivent être prises pour enrayer cette honte nationale. Nous ne pouvons régler le problème seuls et devons maintenant demander ce que nous pouvons faire pour l'enrayer. Le gouvernement fédéral bénéficie d'une relation spéciale de longue durée avec le peuple inuit.

Nous croyons que le gouvernement fédéral a des responsabilités d'ordre fiscal, historique et constitutionnel face aux peuples autochtones du Canada. Ces peuples incluent bien entendu les Inuits du Nunavut.

Monsieur le président, j'ai aussi mentionné que les Inuits s'attendent à recevoir des soins de santé comparables à ceux que reçoivent les autres Canadiens. Pour leur offrir ce niveau de soins, nous avons besoin des ressources du gouvernement du Canada. Nous suggérons fortement que le gouvernement du Canada accepte et s'acquitte de sa responsabilité auprès des 85 p. 100 de la population du Nunavut qui est composée d'Inuits.

In turn, we are willing and eager to work collaboratively with the Government of Canada to address the health care concerns of Nunavut. Those who might suggest, Mr. Chairman, that we are already doing a lot and spending too much in Northern Canada, should be reminded that whatever the federal government and Nunavut is spending now, and whatever we are doing now, is not enough; the statistics make that clear.

The deplorable health statistics speak for themselves. If I may, Mr. Chairman — I know it is late — I will go to the overhead of selected health status data. I think it should be attached to your report. I believe you have this.

Just as an example, on page 4, you will see, under communicable diseases, the rates for tuberculosis. You will see that the Nunavut average yearly infection rate for tuberculosis is 92 cases per 100,000. The national rate in Canada is 6.6 cases. The Nunavut rate is over 13 times the Canadian rate and trending up. I recently read an article in *The Globe and Mail* about a case of TB in Don Mills somewhere, and the Ontario health people were going crazy to isolate it and so on and so forth. We have TB being diagnosed every day in Nunavut. It is not acceptable. I have had to dedicate new resources and a specialist nurse to it.

If you move forward in the handout, you will see something on substance abuse and addictions, which are health challenges for Aboriginal Canadians. It is not a graph, but rather some stats. We have no alcohol and drug treatment centre in Nunavut. We have no access to Health Canada's alcohol and drug rehabilitation program, and no access to mental health services through the NIHB.

On page 8 you will see "Diabetes in Alaska." Why are we talking about Alaska? Well, Alaskan Inuit have a similar genetic heritage but longer experience with the western lifestyle than we have in Northern Canada.

The prevalence of diabetes among Inuit in Alaska has almost tripled in 15 years, going from nothing to almost national rates, with no sign of abating. Mr. Chairman, we are starting to see a disturbing trend in diabetes among the Aboriginal population in Northern Canada.

Mr. Chairman, if you continue, on page 12 — and I apologize that the pages are not numbered — there is just one more slide that I would like to bring to your attention, on children in care.

Approximately 1.9 per cent of Nunavut youth are in care. In Canada as a whole, it is only 0.67 per cent. Our rate is almost triple that of the rest of Canada, and we are still developing community support networks and other options.

The next page shows family violence and shelter admissions. Nunavut has the highest shelter admission rates in Canada at 66 per 1,000 women. There are only 4 per 1,000 in Canada. Our rate is 16 times higher than the national average. The admission

En échange, nous sommes disposés et avides de travailler en collaboration avec le gouvernement du Canada afin de s'attaquer aux problèmes du Nunavut en matière de soins de santé. À ceux qui diront, monsieur le président, que nous faisons déjà beaucoup et dépensons déjà trop pour le Nord canadien, je rappellerai que les sommes que le gouvernement fédéral et le Nunavut dépensent maintenant et que les gestes que nous posons actuellement ne sont pas suffisants; les statistiques le montrent très clairement.

Les statistiques déplorables sur la santé se passent de commentaires. Si vous me permettez, monsieur le président — je sais qu'il se fait tard — j'aimerais faire un survol des données sur notre état de santé. Je crois qu'elles devraient être jointes à votre rapport. Je crois que vous les avez en main.

À titre d'exemple, vous verrez en page 4, sous «maladies transmissibles», les taux de tuberculose. Vous constaterez que le taux annuel moyen d'infection tuberculeuse au Nunavut est de 92 cas sur 100 000. Le taux national du Canada est de 6,6 cas. Le taux du Nunavut est plus de 13 fois supérieur à celui du Canada et a tendance à augmenter. J'ai récemment lu un article dans le *Globe and Mail* qui parlait d'un cas de tuberculose quelque part à Don Mills, que le ministère ontarien de la Santé cherchait par tous les moyens à isoler, et cetera. Nous diagnostiquons chaque jour des cas de tuberculose au Nunavut. Ce n'est pas acceptable. J'ai dû y affecter de nouvelles ressources ainsi qu'un infirmier spécialisé.

Si vous lisez plus loin, vous verrez une section consacrée à la consommation abusive d'alcools et autres drogues et à l'accoutumance, qui constituent deux défis sanitaires pour les Canadiens autochtones. Ce n'est pas un graphique mais plutôt quelques statistiques. Le Nunavut ne dispose d'aucun centre de désintoxication. Nous n'avons pas accès au programme de traitement de la toxicomanie de Santé Canada ni aux services de santé mentale des SSNA.

En page 8, vous lirez «Le diabète en Alaska». Pourquoi parlons-nous de l'Alaska? C'est que les Inuits de l'Alaska ont un héritage génétique similaire mais une plus grande expérience du style de vie occidental que nous, du Grand Nord canadien.

La prévalence de diabète chez les Inuits d'Alaska a presque triplé en 15 ans, partant d'un taux nul et atteignant presque le taux national, sans signe de diminution. Monsieur le président, nous commençons à percevoir une tendance troublante en matière de diabète chez la population autochtone du Nord canadien.

Monsieur le président, si vous passez à la page 12 — et je suis désolé de ne pas avoir numéroté les pages — j'aimerais porter à votre attention une dernière diapositive, sur les enfants en traitement.

Environ 1,9 p. 100 des jeunes du Nunavut sont en traitement. Dans l'ensemble du Canada, le taux n'est que de 0,67 p. 100. Notre taux est presque trois fois celui du reste du Canada et nous développons encore des réseaux de soutien à la communauté et d'autres alternatives.

La page suivante discute de violence familiale et du nombre d'admissions dans les refuges. Le Nunavut détient le taux d'admissions en refuge le plus élevé au Canada, soit 66 sur 1 000 femmes. Le taux n'est que de 4 sur 1 000 au Canada.

rate for our children, Mr. Chairman, is 54 per 1,000, which is nine times the national rate.

Mr. Chairman, I very much wanted to come to Edmonton today. I just left Ottawa yesterday, where I had meetings with several of our federal partners, ministers, on some of the infrastructure requirements for Nunavut.

I will return to Ottawa this afternoon and then back to Nunavut. It is a two-day trip to get here. I think it was worthwhile to be able to explain to the committee some of the issues that we are dealing with and hopefully answer some of your questions on some of the information that you received here today.

The Chairman: Thank you for, to put it mildly, very graphic and moving testimony.

I wonder if I could ask you to clarify an issue which has crossed the minds of several of us. One of your recommendations states:

That there be a consolidation and integration of the plethora of federal programs now being offered by several federal departments so that there is a unity of purpose and a critical mass of resources to actually make a difference.

I have two questions: Can you indicate to me what programs you are talking about? Secondly, we asked a witness yesterday, I think it was, when dealing with the First Nations issues south of 60, whether it would make sense to move the Aboriginal health portion of the Department of Health over to the Department of Indian and Northern Affairs. Do you have any views on that?

Mr. Picco: I met with Minister Nault, who is the Minister for Indian and Northern Affairs, two days ago. We did not discuss that. However, that is what we are trying to allude to here. Under Health Canada, there are several programs for Aboriginal Canadians. I could give you an example from the CHST funding. When we signed the agreement — and I was there — for \$4.2 billion of extra CHST funding, when Nunavut extrapolates the figures out of that, it only gets \$1.3 million.

Because 85 per cent of our population is Inuit, we are linked in with other First Nations monies, and those monies are tied mostly to Indians who are on or off reserve, and not to Inuit north of 60.

Our funding from the federal government comes in one lump sum because we are a territory. They give us \$530 million. Then on top of that, we have other agreements. For example, from the NIHB, which is the uninsured health benefits program that the government uses to pay for Aboriginal health costs, and which is a Health Canada program, I get \$10.8 million for hospital and physician services.

Notre taux est 16 fois plus élevé que la moyenne nationale. Notre taux d'admission chez les enfants, monsieur le président, est de 54 sur 1 000, soit neuf fois le taux national.

Monsieur le président, je tenais beaucoup à venir à Edmonton aujourd'hui. J'ai quitté Ottawa hier, où j'avais des réunions avec plusieurs de nos partenaires fédéraux et des ministres sur certaines exigences de l'infrastructure pour le Nunavut.

Je retournerai à Ottawa cet après-midi puis rentrerai au Nunavut. Le voyage pour venir ici dure deux jours. Je crois qu'il méritait d'être fait, puisqu'il m'a permis d'expliquer au comité certains des problèmes auxquels nous faisons face et, je l'espère, de répondre à certaines de vos questions sur l'information que vous avez reçue aujourd'hui.

Le président: Merci de votre témoignage qui fut, c'est le moins qu'on puisse dire, réaliste et très émouvant.

J'oserais vous demander de clarifier un point qui a traversé l'esprit de plusieurs d'entre nous. L'une de vos recommandations stipule:

Qu'il y ait consolidation et intégration de la pléthore de programmes fédéraux qu'offrent présentement plusieurs ministères fédéraux de sorte qu'un objectif commun et qu'une masse critique de ressources puissent réellement faire une différence.

J'ai deux questions: pouvez-vous d'abord m'indiquer de quels programmes vous parlez? Deuxièmement, nous avons demandé à un témoin hier, je crois que c'était à propos des problèmes des Premières nations habitant au sud du 60^e parallèle, s'il serait sensé de transférer les questions de santé des Autochtones dont traite le ministère de la Santé au ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien. Que dites-vous de cette idée?

M. Picco: J'ai rencontré M. Nault, ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien, il y a deux jours. Nous n'en avons pas discuté. C'est toutefois à cela que nous tentons de faire allusion. Santé Canada offre plusieurs programmes destinés aux Autochtones canadiens. Je pourrais vous donner un exemple impliquant le TCSPS. Nous avons signé avec le TCSPS — et j'y étais — une entente de financement supplémentaire de 4,2 milliards de dollars mais quand le Nunavut extrapole les chiffres, il n'obtient que 1,3 million de dollars.

Comme 85 p. 100 de notre population est inuite, nous pigeons dans la même caisse que les Premières nations, dont l'argent est consacré en majeure partie aux Amérindiens (qu'ils vivent ou non dans une réserve), non aux Inuits qui habitent au nord du 60^e parallèle.

Le financement que nous recevons du gouvernement fédéral constitue un montant forfaitaire parce que nous vivons dans un territoire. Il nous donne 530 millions de dollars. En plus de cela, nous avons d'autres ententes. Par exemple, du SSNA, c'est-à-dire du Programme des services de santé non assurés que le gouvernement utilise pour acquitter les frais de santé des Autochtones, un programme régi par Santé Canada, je reçois 10,8 millions de dollars destinés aux services offerts dans les hôpitaux et par les médecins.

It costs me \$17 million to run that hospital in Nunavut. The plethora of programs in one department, another department, administration costs, and so on, make it very difficult to know how to access all the programs. I do not know if that makes it a little clearer.

The Chairman: That does make sense.

Senator Morin: As we have stated, we often talk about this issue within the committee. There is no doubt that Aboriginal health is our priority. Personally, I think that Canada will be judged by the way it solves this horrendous problem. This is not in the third world; this is right in our own backyard. I would like to ask you a difficult question, and I think you alluded, with reason, to the determinants of health, which is an important issue.

Now suppose that, in order to improve the health status of the 30,000 citizens of Nunavut, we gave you \$1 billion, but you had to choose either to put it into social and economic determinants, including education — you could not put it into both — or into improving the health care services by building a new hospital and recruiting personnel. Which way would you go? I know it is not easy, but you cannot choose both.

Mr. Picco: If I could sit in my ministerial chair, I could say that it is a hypothetical question and I do not have to answer it, and be ruled out of order. However, since we are not in that formal setting, I will try to answer your question. I would suggest to you, Senator, that as the Minister of Health and Social Services, as minister responsible for the homelessness, I would put money into housing.

In 1993, the federal government withdrew from social housing in rural and Aboriginal communities and in Northern Canada. If I could illustrate the point, I was recently in a community called Pond Inlet. It has over 500 students in school from age 6 to 16. In 10 years, they will be graduating. How will we find 500 houses or 250 houses or 100 houses in Pond Inlet for these students? Every community in Nunavut is the same.

Since the federal government withdrew from social housing construction, we have fallen behind. When you have 15, 18 people living in a three-bedroom house, it leads to family violence, the spread of tuberculosis and so on and so forth.

Mr. Chairman, and if I may be so bold as to say, as the longest-serving health minister in the country, I think we have missed the point here. I think Mr. Mazankowski hit it. Mr. Mazankowski said we needed to focus on the preventive side of medicine, which is exactly what you just said, Senator Morin.

For example, Aboriginals make up only, I think it is 10 per cent or 12 per cent of the Canadian population, but account for 35 or 40 per cent of the health care costs. The federal government and provinces could reinvest in those communities and start putting in

Il m'en coûte 17 millions de dollars pour exploiter l'hôpital du Nunavut. La pléthore de programmes qu'offre un ministère, puis un autre, les frais d'administration, et cetera, font qu'il m'est très difficile de savoir comment accéder à tous les programmes. Je ne sais pas si ma réponse éclaire votre lanterne.

Le président: Ce que vous dites a beaucoup de sens.

Le sénateur Morin: Comme nous l'avons déjà mentionné, le comité aborde souvent cette question. Il ne fait aucun doute que la santé des Autochtones est notre priorité. Je crois personnellement que le Canada sera jugé en fonction de la façon dont il résoudra cet horrible problème. Il ne sévit pas au tiers monde mais bien dans notre propre cour. J'aimerais vous poser une question à laquelle il ne sera pas facile de répondre; je crois que vous avez fait allusion, avec raison, aux déterminants de la santé, un point important.

Supposons que, pour améliorer l'état de santé des 30 000 citoyens du Nunavut, nous vous donnions 1 milliard de dollars que vous devriez choisir d'investir dans les déterminants sociologiques et économiques, dont l'éducation — vous ne pourriez l'investir dans les deux secteurs — ou dans l'amélioration des services de santé en construisant un nouvel hôpital et en recrutant du personnel. Que feriez-vous? Je sais que le choix n'est pas facile mais vous ne pouvez choisir les deux options.

M. Picco: Si je prenais place dans mon siège de ministre, je pourrais dire qu'il s'agit là d'une question hypothétique à laquelle je n'ai pas à répondre et je serais rappelé au règlement. Toutefois, comme nous ne sommes pas dans cette situation formelle, je tenterai de répondre à votre question. J'aurais tendance à répondre, monsieur le sénateur, qu'en tant que ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable du phénomène des sans-abri, j'investirais cette somme dans le logement.

En 1993, le gouvernement fédéral s'est retiré de la question du logement social qui touchait les communautés rurales et autochtones et le Nord canadien. Pour illustrer mon point, je vous dirai que je visitais dernièrement une communauté appelée Pond Inlet. On y retrouve plus de 500 étudiants âgés de 6 à 16 ans. Dans 10 ans, ils obtiendront leur diplôme. Où trouverons-nous 500 maisons, 250 maisons ou même 100 maisons à Pond Inlet pour ces étudiants? Il en va de même pour chaque communauté du Nunavut.

Depuis que le gouvernement fédéral a cessé de construire des logements sociaux, nous avons pris du retard. Quand 15 ou 18 personnes habitent une maison de trois chambres à coucher, on assiste à de la violence familiale, à la propagation de la tuberculose, et cetera.

Monsieur le président, si je peux me permettre l'audace de le dire, à titre de ministre de la Santé ayant les plus longs états de service au pays, je crois que nous avons laissé passer l'essentiel. Je crois que M. Mazankowski a frappé dans le mille en disant qu'il fallait se concentrer sur le côté préventif de la médecine, ce que vous venez exactement de dire, sénateur Morin.

Par exemple, les Autochtones ne représentent que 10 ou 12 p. 100 de la population canadienne, si je ne me trompe, alors qu'ils occasionnent 35 ou 40 p. 100 des coûts de santé. Le gouvernement fédéral et les provinces pourraient réinvestir dans

healthy housing. When you build a house in the community, you create a job, because somebody has to build it.

Do you bring 15 guys from Newfoundland and send them to Pond Inlet to work, or do you hire people locally? You are creating economic opportunity, you are doing trades training, and you are providing a home. That is where the reinvestment should be, Mr. Chairman.

Senator LeBreton: I must say that that was a very compelling presentation. And when we call it a "national disaster," we are understating the problem. I have another issue to discuss, but on the issue of housing, if you were to start now and develop a critical path, how do we get to a situation where there are actual facilities in the North to deal with — as you mentioned — a young woman of 18 being sent 2,000 miles away? I cannot imagine that.

How do we then follow a critical path where we can start putting facilities in place, utilizing telehealth more efficiently? I suppose it is the typical hypothetical question, but what is next? How do you get those hospitals built that can handle the gurneys and the new technologies, and does it require more than just money?

Mr. Picco: I wish I could spend some more time with you today. I would formally invite the committee to come to Nunavut and actually hold a hearing outside of the urban centres in Southern Canada. I think it would be an eye-opener. We are currently in the process of trying to renew our federal infrastructure, and I do not want to go back to 1988, when the federal government transferred health care to the territories. At that time, that included building new facilities.

The hospital in Iqaluit, for example, was built in 1962, when the population of Iqaluit was 980 and it served the Baffin region population of 3,280. The population of Iqaluit today is 6,200; the Baffin is almost 20,000. It is the only hospital I have in the whole territory. I am trying to rebuild it. It will cost \$30 million to \$40 million.

I have met with my federal partner several times to find resources to do that. At the same time, if I could have a regional hospital facility, a smaller cottage hospital in Rankin Inlet and one in Cambridge Bay, I could save about 40 per cent on medical travel expenses. Directly north of Winnipeg is a community called Rankin Inlet. It is the regional centre for eight or nine of my communities.

Every patient there who needs to have a baby delivered would have to go to Winnipeg. In the Western Arctic, directly north of Edmonton, you have to go to Yellowknife or Edmonton. If I could have a small cottage facility to just deliver babies, do tonsillectomies, et cetera, I would save about 40 per cent of those health care costs, but I need money to build those facilities.

ces communautés et commencer à construire des logements salubres. Lorsque vous construisez une maison dans une communauté, vous créez également un emploi, puisque quelqu'un doit bâtir cette maison.

Déplacerez-vous 15 hommes de Terre-Neuve pour bâtir une maison à Pond Inlet ou engagerez-vous des travailleurs de la communauté? Vous créerez alors une possibilité économique, formerez quelqu'un dans un métier et fournirez une maison. C'est dans ce secteur qu'il faut réinvestir, monsieur le président.

Le sénateur LeBreton: Je dois dire que c'était là une présentation très convaincante. Quand nous parlons de «désastre national», c'est que nous comprenons le problème. J'aimerais discuter d'un autre point mais en ce qui concerne le logement, si vous commenciez dès maintenant à développer un chemin critique, comment arriveriez-vous au point où des installations seraient bien réelles dans le Nord? Je pense, comme vous l'avez mentionné, à cette jeune femme de 18 ans que l'on envoie à 3 200 km pour accoucher. Je ne peux me l'imaginer.

Comment suivrez-vous alors un chemin critique qui permettrait d'établir des installations et d'utiliser la télé santé plus efficacement? Je suppose qu'il s'agit là de la question hypothétique type mais qu'est-ce qui suivra? Comment ferez-vous construire les hôpitaux qui pourront accueillir ces civières roulantes et ces nouveautés technologiques? Avez-vous besoin d'autre chose que de l'argent?

M. Picco: J'aimerais pouvoir passer plus de temps avec vous aujourd'hui. J'inviterais formellement le comité à se rendre au Nunavut pour tenir une audience hors des centres urbains du Sud canadien. Je crois que ce serait une expérience révélatrice. Nous tentons actuellement de renouveler notre infrastructure fédérale et je ne désire pas retourner en 1988, alors que le gouvernement fédéral transférait la responsabilité des soins de santé aux territoires. À cette époque, la construction de nouvelles installations faisait partie de cette responsabilité.

L'hôpital d'Iqaluit, par exemple, a été construit en 1962, alors qu'Iqaluit comptait 980 citoyens; il desservait également la population de l'île de Baffin, soit 3 280 citoyens. La population d'Iqaluit s'élève aujourd'hui à 6 200 personnes; celle de l'île de Baffin, à près de 20 000 personnes. C'est le seul hôpital dont l'ensemble du territoire dispose. Nous essayons de le reconstruire, au coût de 30 à 40 millions de dollars.

J'ai rencontré mon partenaire fédéral à plusieurs reprises pour trouver les ressources nécessaires à ce projet. D'un autre côté, si nous disposions d'un hôpital régional, d'un petit pavillon hospitalier à Rankin Inlet et à Cambridge Bay, je pourrais économiser environ 40 p. 100 sur les dépenses de voyage pour soins médicaux. Tout juste au nord de Winnipeg se trouve une communauté appelée Rankin Inlet. Elle constitue le centre régional de huit ou neuf de nos communautés.

Chaque patiente de cette communauté qui est prête à accoucher doit se rendre à Winnipeg. Dans l'Arctique de l'Ouest, tout juste au nord d'Edmonton, les patients doivent se rendre à Yellowknife ou à Edmonton. Si nous pouvions avoir un petit pavillon hospitalier pour mettre les bébés au monde, pratiquer des amygdalectomies, et cetera, j'économiserais environ 40 p. 100

We figure it would take about \$100 million to actually do something with the Baffin hospital, replace it and build two cottage hospitals in Rankin and Cambridge Bay. We have not had any luck yet in accessing funds to do that. We are trying.

Senator LeBreton: I was interested to hear, when we were talking about nurses and nurse practitioners, you talking about going to Australia to recruit nurses, because when we did teleconferencing with Australia, we learned that they have a similar situation. The health care system is very similar, and they have a similar disaster situation with their Aboriginals. I am curious about whether these nurses whom you are recruiting from Australia have experience working with the Aboriginal population there. Are those the nurses you are going after? Why Australia?

Mr. Picco: I would go to the Philippines. I would go to any country in the world to hire staff if I could find them. There is a pandemic shortage of nurses across Canada and in North America. When you go to St. John's to recruit, you are up against Connecticut, Rhode Island. Edmonton is up against California. It is a national problem. Therefore, at the federal, provincial and territorial health ministers' meetings, we are looking at a national human resource strategy.

We are going to Australia because they do have familiarity with Aboriginal peoples. They also work in the outback, and since they are licensed practical nurses, they can deliver babies. They can deliver a lot of the primary health care that we need on the ground.

At the same time, two years ago, we started the first Aboriginal nursing program in Canada in Nunavut. We are affiliated with Dalhousie, and when the Inuit women graduate from that program, they will have a degree. They will be able to nurse in Edmonton or Iqaluit. However, I needed some support from our federal partner, and did not get any. It is costing me about \$1 million a year to run that program for approximately seven students.

The only way that I can fill the need is to train local people to take those jobs, but it will take 5, 10, 15 years to start turning out those numbers.

Senator LeBreton: Has Dalhousie not discontinued that program?

Mr. Picco: No, I am running the program. I started it as the Minister of Health in 1999.

Senator LeBreton: It is still ongoing?

Mr. Picco: It is on the go right now, yes, and because our educational levels are a little lower, I have to, in some cases, have

sur ces coûts de santé mais j'ai besoin d'argent pour construire ces bâtiments.

Nous croyons qu'il nous faudrait environ 100 millions de dollars pour vraiment faire quelque chose de l'hôpital de Baffin, le remplacer et bâtir deux pavillons hospitaliers à Rankin et à Cambridge Bay. La chance ne nous a pas souris pour l'obtention des fonds nécessaires. Nous essayons encore.

Le sénateur LeBreton: J'ai trouvé intéressant, quand nous parlions d'infirmiers et d'infirmiers praticiens, de vous entendre dire que vous vous tourniez vers l'Australie pour recruter des infirmiers, parce que lors d'une téléconférence avec l'Australie, nous avons appris qu'ils étaient aux prises avec une situation semblable. Leur système de soins de santé est très similaire au nôtre et ils vivent là-bas un désastre semblable avec leurs Autochtones. Je serais curieuse de savoir si les infirmiers que vous recrutez en Australie ont déjà travaillé avec la population autochtone australienne. Est-ce ces infirmiers que vous tentez de recruter? Et pourquoi l'Australie?

M. Picco: Je me tournerais vers les Philippines s'il le fallait. Je me tournerais vers n'importe quel pays pour embaucher du personnel; j'irai là où il se trouve. Nous connaissons une pénurie pandémique d'infirmiers au Canada et en Amérique du Nord. Si je me tourne vers St. John's pour recruter, je me bute contre le Connecticut et le Rhode Island. Edmonton fait concurrence à la Californie. Le problème est d'envergure nationale. C'est pourquoi, lors des réunions des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux, nous considérons une stratégie nationale pour l'approvisionnement en ressources humaines.

Nous nous tournons vers l'Australie parce que ce pays est familier avec les peuples autochtones. Ces gens travaillent également dans l'arrière-pays et comme ce sont des infirmiers auxiliaires autorisés, ils peuvent faire des accouchements. Ils peuvent offrir un grand nombre des soins de santé primaires dont nous avons besoin.

Du même coup, il y a deux ans, nous avons lancé le premier programme autochtone canadien de sciences infirmières au Nunavut. Nous sommes affiliés à Dalhousie et lorsque les femmes inuites termineront ce programme, elles recevront un diplôme. Elles pourront exercer à Edmonton ou à Iqaluit. J'aurais toutefois eu besoin de l'appui de mon partenaire fédéral mais je ne l'ai pas obtenu. Ce programme nous coûte environ 1 million de dollars par année pour environ sept étudiantes.

Le seul moyen dont je dispose pour combler le besoin consiste à former la population locale pour qu'elle puisse exercer ces professions mais il faudra 5, 10 ou 15 ans avant d'en former un nombre suffisant.

Le sénateur LeBreton: Dalhousie n'a-t-il pas arrêté ce programme?

M. Picco: Non. Je suis responsable de ce programme. Je l'ai initié en tant que ministre de la Santé en 1999.

Le sénateur LeBreton: Est-il toujours en vigueur?

M. Picco: Il l'est présentement, en effet, et comme nos niveaux d'éducation sont un peu plus faibles, je dois dans certains cas

students upgrade for about a year in sciences and math to be able to complete the program.

Senator Pépin: I have visited your hospital. I went three times over the years, and I have to agree that it is really a culture shock when you go there and see the needs.

My last question concerns your recommendation:

That the Government of Canada support increased access to training programs in the South for Inuit students by funding places in medical schools, nursing schools, and allied health professional training programs.

When you say that it costs you a fortune to train nurses, do you mean that the federal government should pay for nursing places at the university? Could you elaborate a little on that?

Mr. Picco: It is very difficult to leave Northern Canada and go to school 2,000 miles away, but there are a lot of people from Nunavut who have graduated and been very successful, although not in the medical professional field. We only have one Inuit nurse, I believe, working right now in Nunavut. We were hoping that the federal government would allocate different seats to Northerners to finish their studies and be able to graduate.

Conversely, if Senator Roche would like to go to school, the federal government could say, "We will pay for your education for four years, you will go to Nunavut and work there for five years, and then we will write your debt clean." I think that would be another opportunity for us to get some of the staff that we need in northern and rural remote areas of the country. That could apply not just to Nunavut, but also to the Northwest Territories, Yukon, Labrador and Northern Quebec. That was the idea there.

Senator Roche: Minister, thank you for the trouble you have taken to come to this committee, and I tell you that your brief, your words, the passion that you brought with these figures — these outrageous figures — have not fallen on deaf ears.

Mr. Chairman, you remember that representatives of the Aboriginal community appeared before us in Ottawa and gave us the same figures. There was a sense of outrage on the committee, and I want to repeat today the outrage that I feel as a Canadian that people in our country are treated this way. Anyway, outrage is not enough.

Is not the problem deeper, minister, than realigning the existing programs, or even adding a few new programs or a new hospital? I suppose some of that is helpful, but is there not an attitudinal problem on the part of Canadians or on the part of the federal government?

demander aux étudiants de se mettre à niveau en sciences et en mathématiques pendant environ un an pour qu'ils puissent suivre le programme avec succès.

Le sénateur Pépin: J'ai visité votre hôpital. J'y suis allée trois fois au cours des années écoulées et je dois admettre que de telles visites constituent un choc culturel, tant les besoins sont importants.

Ma dernière question concerne votre recommandation stipulant:

Que le gouvernement du Canada devrait favoriser l'accès pour les étudiants inuits aux programmes de formation dans le sud, en finançant leur intégration dans les écoles de médecine, les écoles de soins infirmiers et d'autres programmes associés de formation professionnelle dans le domaine des soins de santé.

Lorsque vous dites que la formation des infirmières vous coûte une fortune, voulez-vous dire que le gouvernement fédéral devrait financer l'intégration des étudiants dans les programmes de soins infirmiers à l'université? Pourriez-vous préciser un peu votre pensée sur ce point?

M. Picco: Il est très difficile de quitter le nord du Canada pour aller à l'école à 2 000 milles de chez soi, mais de nombreuses personnes du Nunavut ont reçu un diplôme et connu une très grande réussite; cependant, de tels cas n'existent pas dans le domaine des professions médicales. Nous avons seulement une infirmière inuite, je crois, travaillant présentement au Nunavut. Nous espérons que le gouvernement fédéral allouerait des places aux nordistes afin qu'ils puissent finir leurs études et recevoir un diplôme.

Réciproquement, si M. le sénateur Roche désirait aller à l'école, le gouvernement fédéral pourrait déclarer: «Nous financerons votre formation pendant quatre ans, vous irez ensuite travailler au Nunavut pendant cinq ans et, ainsi, vous vous acquitterez de vos dettes envers nous.» Je pense que ce serait pour nous une autre façon de trouver le personnel dont nous avons besoin dans les régions éloignées septentrionales et rurales du pays. Cette mesure pourrait non seulement s'appliquer au Nunavut, mais aussi aux Territoires du Nord-Ouest, au Yukon, au Labrador et au Nord québécois. Voilà ce que sous-entendait cette idée.

Le sénateur Roche: Monsieur le ministre, merci de vous être dérangé pour participer à la réunion de ce comité. Je peux vous dire que votre exposé, vos paroles, ainsi que la passion avec laquelle vous avez fait le point sur ces chiffres — ces chiffres alarmants — ne sont pas tombés dans l'oreille d'un sourd.

Monsieur le président, vous vous rappelez que des représentants des collectivités autochtones sont venus nous voir à Ottawa en nous présentant les mêmes chiffres. Le comité s'en est alarmé et je tiens à répéter aujourd'hui qu'en tant que Canadien, je suis choqué que des habitants de notre pays soient traités de cette façon. Pourtant, s'alarmer de cette situation n'est pas suffisant.

Le problème n'est-il pas plus profond, monsieur le ministre, et ne nécessite-t-il pas plus qu'un simple remaniement des programmes existants ou qu'un simple ajout de quelques nouveaux programmes ou d'un nouvel hôpital? Je suppose que certaines de ces choses seraient utiles, mais n'existe-t-il pas aussi

What has been done about the recommendations of the Royal Commission on Aboriginal Peoples, which produced a lot of material aimed at bringing Aboriginal peoples into a more integral role in Canadian society? That report is sitting on the shelf.

We might make some good recommendations, Mr. Chairman, but how are we going to keep our report from sitting on the shelf? What have you got to say to us in this respect?

Senator Morin: You do not know our chairman.

Senator Roche: Well, more power to him if he can keep it off the shelf.

Mr. Picco: If he can keep it off the shelf, then I will recruit him for Nunavut.

I have to say, in all sincerity, that having served in the Northwest Territories legislative assembly and now in the Nunavut legislative assembly, I have some experience in meeting with different federal partners and so on. Having been in politics for over 20 years, I have met many of our national leaders, and they are sincere. I would suggest to you that Mr. Rock, who is my federal counterpart, has always been very open to helping alleviate our situation in Nunavut.

However, there is a malaise when you are dealing with northern areas of Canada, when you are looking at a per-capita funding of about \$24,000 per person. Then people say, "They are getting enough money." I ask you, if I were a country, would I be able to apply, based on my conditions, to CIDA and get money? Probably. It would love for CIDA to come and build me a hospital.

That is a shocking statement to make, but it is a true statement. I do not think there has been an abdication of responsibility by our federal partner. They have been there for us. However, we need to move the political spectrum in Canada to look at the less fortunate in our communities.

I should also point out, Senator Kirby, that we should look at the potential wealth in Northern Canada. The only two diamond mines currently operating in North America are in the Northwest Territories. That has turned the whole economy around there. There is an opportunity for oil and gas exploration.

An investment in Northern Canada, Mr. Chairman, has economic benefits in the South. Every time you build a house, you have to buy the lumber from Montreal or Edmonton.

Every time you buy a piece of medical equipment, it comes from a company in the South. In every investment you are making, the money does not go into some black hole or to the planet Krypton. The money stays in Canada, and I think that is

un problème de comportement de la part des Canadiens ou du gouvernement fédéral?

Qu'en est-il des recommandations émises par la Commission royale sur les peuples autochtones, qui a proposé de nombreuses mesures visant à donner à ces peuples un rôle mieux intégré à la société canadienne? Son rapport est resté lettre morte.

Nous pouvons toujours proposer des recommandations appropriées, monsieur le président, mais comment nous assurer qu'elles seront suivies d'effet? Que pouvez-vous nous dire à ce propos?

Le sénateur Morin: Vous ne connaissez pas notre président.

Le sénateur Roche: Eh bien, plus de pouvoir lui sera conféré s'il peut faire en sorte que ces recommandations soient suivies d'effet.

M. Picco: Si c'est le cas, je le recruterai pour travailler au Nunavut.

Je dois dire en toute sincérité qu'après avoir été membre de l'assemblée législative des Territoires du Nord-Ouest et qu'en faisant actuellement partie de celle du Nunavut, je possède une certaine expérience des contacts avec différents partenaires fédéraux et autres. Faisant de la politique depuis plus de 20 ans, j'ai rencontré nombre de nos dirigeants nationaux et je peux dire qu'ils sont sincères. Je peux vous dire que M. Rock, mon homologue fédéral, a toujours été très ouvert à l'idée de nous aider à redresser la situation au Nunavut.

Toutefois, il existe toujours un malaise concernant les régions septentrionales du Canada, où les subventions par habitant sont d'environ 24 000 \$ par personne. Les gens disent alors: «Ils reçoivent assez d'argent.» Je vous pose la question, si je représentais un pays, me serait-il possible de faire une demande auprès de l'ACDI, basée sur ma situation, et d'obtenir de l'argent? Probablement. L'ACDI s'empresserait de venir dans mon pays et d'y construire un hôpital.

Il s'agit d'une constatation choquante, mais bien réelle. Je ne pense pas que notre partenaire fédéral ait renoncé à assumer ses responsabilités. Il nous a toujours apporté son soutien. Toutefois, nous devons faire bouger tout l'éventail politique au Canada afin qu'il se penche sur le sort des moins privilégiés dans nos collectivités.

Je devrais aussi faire remarquer, monsieur le sénateur Kirby, que nous devrions considérer les richesses potentielles du nord du Canada. Les deux seules mines de diamants actuellement en exploitation en Amérique du Nord se situent dans les Territoires du Nord-Ouest. Elles ont totalement changé les données économiques là-bas. Il existe aussi des possibilités de prospection pétrolière et gazière.

Un investissement dans le nord du Canada, monsieur le président, a des retombées économiques favorables dans le sud. Chaque fois que vous construisez une maison, vous devez acheter le bois à Montréal ou à Edmonton.

Chaque fois que vous achetez du matériel médical, il vient d'une entreprise du sud. Pour chaque investissement que vous faites, l'argent ne disparaît pas dans un trou noir ou ne se retrouve pas sur la planète Krypton. Il reste au Canada et je pense que c'est

where we should be looking at reinvestment for Canadians. I hope that helps answer your question.

Senator Roche: I think the Chairman probably needs to move on. I would like to keep the discussion going, but I think we will have to stop there.

The Chairman: I think we will find a way to do that.

Senator Keon: Mr. Minister, like Senator Pépin, I have been in your hospital in Iqaluit and in some of your outreach clinics. It is my impression that your problem is of such magnitude that what is needed is a special, focused program. I am familiar with many of the innovative things you have done in the way of telehealth, the rotation of medical practitioners and nursing practitioners and this kind of thing, and I am aware of your frustrations over your inability to retain manpower and so forth.

I do not think the problem will be solved without a total commitment on the part of the federal government, and which department does not matter. There has to be a total commitment on the part of the federal government to a special program to put the resources in place to deal with this horrendous problem that you have on your plate. I mean capital expenditure to give you proper facilities, proper housing and so forth. I mean a personnel support program that can give you young doctors out of the medical schools to get invaluable experience up there through reasonable rotations, and the same with nurses and nurse practitioners.

Most of all, I think what is very much needed is a special category of health professional for which you could draw on some of your own personnel, and perhaps preparation of some special personnel in the rest of Canada whom you could retain up there, because I am quite familiar with your retention problems too.

I will be recommending to my colleagues that our report recommend a targeted program specifically for the North to overcome a situation that is now totally unacceptable.

Mr. Chairman: Any last comments you would like to make?

Mr. Picco: Yes. Again, I appreciate the indulgence of the committee, and I am not here to make political brownie points. We do not have political parties in Nunavut. You run, and you represent your riding. I came today for the opportunity to let another group of people know what we are going through.

Senator Keon made a good point. Mr. Chairman, in the East, you have ACOA, which is an infrastructure program for Atlantic Canada. In B.C., you have a program. You have Western Economic Diversification here in the West. Quebec has something, and Northern Ontario has FedNorth. Every region of the

comme cela que nous devrions considérer les réinvestissements pour les Canadiens. J'espère que ceci contribue à répondre à votre question.

Le sénateur Roche: Je crois que M. le président a probablement besoin d'avancer. Je voudrais bien continuer cette discussion, mais je pense que nous devons interrompre ici.

Le président: Je pense que nous trouverons un moyen de le faire.

Le sénateur Keon: Monsieur le ministre, comme le sénateur Pépin, j'ai visité votre hôpital à Iqaluit, ainsi que quelques-unes de vos cliniques itinérantes. Il me semble que votre problème est d'une telle ampleur qu'il vous faut un programme spécial, centré sur vos besoins. Je suis au courant de nombreuses mesures innovatrices que vous avez mises en place, telles que la télémedecine, avec un roulement des médecins et du personnel spécialisé en soins infirmiers, et d'autres choses de ce genre, et je suis conscient de vos frustrations concernant votre incapacité à maintenir la main-d'œuvre en poste, et ainsi de suite.

Je ne pense pas que le problème pourra être résolu sans un engagement total de la part du gouvernement fédéral, quels que soient les ministères qui interviennent. Le gouvernement fédéral s'est entièrement engagé à mettre en place un programme spécial fournissant les ressources qui permettront de résoudre ce problème épouvantable auquel vous avez à faire face. Je veux parler des capitaux nécessaires pour vous doter des installations et du matériel appropriés, et ainsi de suite. Je veux également parler d'un programme de soutien concernant le personnel pour vous fournir de jeunes médecins récemment diplômés qui apporteront des compétences inestimables avec un roulement raisonnable. Il en va de même pour les infirmières et le personnel spécialisé en soins infirmiers.

Par-dessus tout, je pense que ce dont vous avez particulièrement besoin est d'une catégorie spéciale de professionnels de la santé, pour laquelle vous pourriez puiser dans votre propre personnel, et peut-être former, ailleurs au Canada, du personnel spécialisé que vous pourriez maintenir en poste chez vous, même s'il existe des problèmes de roulement dont je suis parfaitement conscient.

Je demanderai à mes collègues que notre rapport recommande l'adoption d'un programme ciblé spécifique pour le Nord, afin de redresser une situation qui est à présent tout à fait inacceptable.

Le président: Désirez-vous faire quelques derniers commentaires?

M. Picco: Oui. Encore une fois, j'apprécie la complaisance du comité et je ne suis pas ici pour me lancer dans une polémique politicienne. Nous n'avons pas de partis politiques au Nunavut. Vous vous présentez aux élections et vous représentez votre circonscription. Je suis venu aujourd'hui pour avoir l'occasion de faire savoir à un autre groupe de personnes ce que nous sommes en train de vivre.

Le sénateur Keon a soulevé un point important. Monsieur le président, dans l'Est, vous avez l'ACEPA qui est une infrastructure offrant des programmes d'aide destinés au Canada atlantique. En Colombie-Britannique, il existe également un programme. Il s'agit du programme de Diversification de l'économie de l'Ouest.

country has either an economic development program or some other separate pot of money.

We do not have anything like that in Nunavut or Northern Canada. If we had a program like ACOA, then I could say, "Can I get an extra \$22 million for a new hospital? Can I get \$15 million for housing?" We do not have that opportunity, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you very much for coming. We really appreciate it, and we look forward to keeping in touch with you as we go down the road.

Senators, I think our next two witnesses are known to a number of us. Sheila Weatherill is the president and CEO of what is now called the Capital Health Authority, formerly the Capital Region Health Authority, and Mr. Jack Davis is the CEO of the Calgary Health Region.

Welcome to your town. As you can appreciate, we are running slightly late this morning.

I must say, as representatives of urban regional health authorities, your problems are somewhat different from those that Minister Picco just described. It is really quite incredible.

We will begin with Sheila Weatherill. I must say this, because Senator Pépin is a nurse and my wife is a nurse — and in case you do not know, Senator Pépin, — Sheila has clearly achieved the highest-ranking administrative position of any nurse in the country, since she runs a program of about one and a half billion dollars.

In spite of all the comments we hear about nurses sometimes being kept down, we are delighted to see that you have justifiably risen to the top. We are also delighted to have you here.

Ms Sheila Weatherill, President and CEO, Capital Health Authority: We are both very pleased to be here, and thank you for your warm words about my background as a nurse. It is something I have valued for many years. Jack and I have talked about how we would proceed, and with your permission, Jack will go first and then I am going to follow. We will give you a lot of time for questions.

Mr. Jack Davis, CEO, Calgary Health Region: It is an honour to be able to present here today and always an honour to share the stage with my good colleague from Edmonton, Sheila Weatherill, with whom I have enjoyed a long working relationship through my time in government and with the Calgary Health Region.

We have collaborated on the written material, and the Calgary Health Region will not be submitting anything separate from that submitted by Capital.

Le Québec a aussi quelque chose et le nord de l'Ontario a FedNorth. Chaque région de ce pays est dotée, soit d'un programme de développement économique, soit de quelque autre source de financement.

Nous n'avons rien de tel au Nunavut ou dans le nord du Canada. Si nous avions un programme comme ceux de l'ACEPA, alors je pourrais dire: «Puis-je avoir 22 millions de dollars supplémentaires pour construire un nouvel hôpital? Puis-je avoir 15 millions de dollars pour le logement?» Nous n'avons pas cette chance, monsieur le président.

Le président: Merci beaucoup d'être venu. Nous apprécions vraiment votre compte-rendu et nous veillerons    être en contact permanent avec vous au fur et à mesure de l'évolution des choses.

Mesdames et messieurs les sénateurs, je pense que nombre d'entre nous connaissent les deux prochains intervenants. Mme Sheila Weatherill est la présidente-directrice générale de ce qui s'appelle désormais le Capital Health Authority, anciennement connu sous le nom de Capital Region Health Authority et M. Jack Davis est le directeur général du Calgary Health Region.

Bienvenue à tous les deux. Comme vous avez pu le constater, nous sommes légèrement en retard sur l'horaire ce matin.

Je dois dire qu'en tant que représentants de l'administration des soins de santé en région urbaine, vous rencontrez des problèmes quelque peu différents de ceux que M. le ministre Picco vient de décrire. C'est vraiment assez incroyable.

Nous commencerons avec Mme Sheila Weatherill. Je dois dire ceci, car le sénateur Pépin est infirmière, de même que ma femme — et au cas où vous ne le sauriez pas, sénateur Pépin, — Sheila a sans conteste atteint le plus haut poste administratif jamais occupé par une infirmière dans ce pays, car elle est responsable d'un programme d'environ un milliard et demi de dollars.

En dépit de tous les commentaires que nous pouvons entendre, prétendant parfois que les infirmières ne sont pas reconnues à leur juste valeur, nous sommes ravis de voir que vous avez atteint le sommet d'une manière exceptionnellement brillante. Nous sommes également enchantés de vous recevoir ici.

Mme Sheila Weatherill, présidente-directrice générale du Capital Health Authority: Nous sommes tous deux très heureux d'être ici, et je vous remercie de vos paroles chaleureuses concernant mes antécédents en tant qu'infirmière. Je suis très fière de ce métier depuis de nombreuses années. Jack et moi-même avons discuté de la façon dont nous allions procéder et, avec votre permission, il interviendra en premier, puis je prendrai ensuite la parole. Nous réserverons beaucoup de temps pour répondre à vos questions.

M. Jack Davis, directeur général du Calgary Health Region: C'est un honneur d'avoir le privilège d'être présent ici aujourd'hui et c'est toujours un honneur de partager la scène avec mon excellente collègue d'Edmonton, Sheila Weatherill, avec qui j'ai apprécié de travailler pendant toutes ces années où j'ai été au gouvernement, puis au Calgary Health Region.

Nous avons collaboré sur les documents écrits et le Calgary Health Region ne soumettra pas de documents différents de ceux soumis par le Capital Health Authority.

I just have a few opening comments, and then I will turn it over to Sheila, who generally does a better job of presenting these issues than I do. I would like to start out by saying that in my opinion, the health system is of tremendous value to Canadians. Clearly, there are many very dedicated people working in the system, including physicians, nurses, other providers and managers.

For those of you who do not know my background, I was the provincial deputy minister for transportation for a while. Whenever we built a new interchange or put in a new highway component, we never heard anything about the cost. It was always considered of great value and a great asset to the community, whether it promoted economic development or just allowed people to move around more quickly and more freely.

For some reason, we seem to have lost that attitude in terms of the health system, and people are focused on the costs. They see it as a cost issue and do not look for the value in the system. I think there is tremendous value. The issues facing the system, which clearly you have identified in your report, include ensuring effectiveness, the cost and the financing

However, I think there has been a disproportionate focus on the efficiency side of the system. In Alberta, and I know in many other parts of the country, there have been tremendous efficiency gains in the system through regionalization, and I do want to applaud the courage of the government in moving forward with that a number of years ago. We have seen tremendous productivity gains.

In Calgary, for example, we are operating with slightly more hospital beds today than in 1994, we have 165,000 more people in the city, and I think we have a better health system.

We have been able to manage most of the expansion services and programs in the community. We have large home care and continuing care programs, and with integration and better management of the system, we have been able to make the best use of resources. Our administrative costs are now at less than 4 per cent of our total budget, and for an organization of 17,000 people spending \$1.5 billion, that is extraordinary.

No private sector company anywhere on the planet would spend less than 4 per cent of its operating budget on administration. Furthermore, most of those companies would tell you that the strength of their organization starts with the quality of their leadership and their management, and they would not be interested in decimating that as a way of improving performance.

I had an interesting chat with someone the other day about oil and gas companies and what makes a good one. He said that there are only two things you need to look at. First, you look at the

J'ai juste quelques commentaires préliminaires, puis je passerai ensuite la parole à Sheila, qui présente en général ces questions beaucoup mieux que moi. Je voudrais commencer en déclarant qu'à mon avis, le système de santé est extrêmement précieux pour tous les Canadiens. Il y a sans conteste des personnes très consciencieuses travaillant dans ce système, y compris des médecins, des infirmières, ainsi que d'autres prestataires et dirigeants.

Pour ceux d'entre vous qui ne connaissent pas mes antécédents, j'ai été pendant quelques temps le sous-ministre provincial délégué aux transports. Lorsque nous construisions un échangeur ou mettions en place une nouvelle portion de route, il n'était jamais question du coût. Cette opération était toujours considérée comme d'une grande importance et comme extrêmement profitable à la collectivité, que ce soit pour promouvoir le développement économique ou tout simplement pour permettre aux gens de se déplacer plus rapidement et plus librement.

Bizarrement, il semble que nous n'ayons pas le même type de comportement lorsqu'il s'agit du système de santé, pour lequel les gens se concentrent avant tout sur les coûts. Ils le considèrent uniquement en matière de coûts et ne regardent pas tous les bénéfices apportés par ce système. Je pense que celui-ci est extrêmement précieux. Les problèmes qu'il rencontre et que vous avez clairement identifiés dans votre rapport, comprennent la recherche de l'efficacité, les coûts et le financement.

Toutefois, je pense que le problème d'efficacité du système a fait l'objet d'une attention disproportionnée. En Alberta et, je le sais, dans de nombreuses autres parties du pays, l'efficacité du système s'est améliorée de façon incroyable grâce à la régionalisation, et je veux rendre hommage au courage dont a fait preuve le gouvernement pour soutenir ces améliorations depuis un certain nombre d'années. Des gains de productivité énormes ont été constatés.

À Calgary, par exemple, nous fonctionnons aujourd'hui avec à peine plus de lits d'hôpital qu'en 1994, alors que la ville compte 165 000 habitants de plus, et je pense que nous avons un meilleur système de santé.

Nous avons été capables de gérer la majorité des services et programmes d'expansion au sein de la collectivité. Nous avons de vastes programmes de soins à domicile et de soins continus et, grâce à l'intégration et à une meilleure gestion du système, nous avons été capables d'optimiser nos ressources. Nos coûts administratifs représentent actuellement moins de 4 p. 100 de notre budget total, ce qui est exceptionnel pour une institution de 17 000 personnes ayant des dépenses de 1,5 milliard de dollars.

Toute entreprise du secteur privé, où qu'elle soit dans le monde, serait incapable de dépenser moins de 4 p. 100 de son budget de fonctionnement en frais administratifs. De plus, la plupart des entreprises vous diraient que la force de leur organisation commence par une direction et une gestion de qualité, et elles refuseraient de perdre cette qualité dans le seul but d'améliorer les performances.

J'ai eu une conversation intéressante l'autre jour à propos des qualités requises pour une bonne compagnie pétrolière et gazière. Mon interlocuteur a dit qu'il y avait deux choses importantes à

quality of the leadership and management; secondly, you look at the quality of their assets in the ground.

There has been an out-of-proportion focus on the productivity side, and while I think there are more productivity gains to be made, I think we need to be careful in assuming that that is the magic fix for all these system and cost issues. I am certainly a big fan of evidence-based practice, a big supporter of the Western Canada Waiting List Project, and Dr. Noseworthy asked me to again flag that.

We need to aggressively pursue that 1 to 2 per cent a year productivity gain and we will do that. My commitment to our board is that we will do that every year.

However, when you put that 1 to 2 per cent productivity gain against a growing and aging population, the development of new treatments, new technologies, the rising cost of pharmaceuticals, and the increasing value that the system is bringing to people in life expectancy and quality of life, clearly, that is not going to get us there.

In your document, you ask about the role for the federal government in the national health arena. In reviewing your paper, I was certainly struck, first and foremost, by the notion that the federal government should participate financially in the health system through stable funding. I think that is absolutely critical. During my days in government, I was never successful in convincing my federal colleagues that "stable funding" for health meant funding indexed to population growth, aging and inflation.

That was always disappointing, because I think that there has to be recognition of the fundamental cost drivers in the system, and that seems to be absent. That is a key area where there has to be a long-term commitment, jointly shared by provinces and the federal government. That is part of the answer. Another part of the answer is the productivity improvement I talked about, and in a moment, I will talk about what I think the other components might be.

Another key role for the federal government is information technology infrastructure. We have talked about that. We need to execute on that better. We need to execute on it in a greater, more comprehensive fashion, as opposed to funding a myriad of pilot projects all over the country that will never aggregate into a critical mass that will be useful.

Another key role for the federal government is providing leadership in the very area that your committee is taking on,

considérer. Premièrement, il faut vérifier la qualité de la direction et de la gestion; deuxièmement, il faut s'assurer de la qualité des installations.

Le problème d'efficacité du système a fait l'objet d'une attention disproportionnée, et même si je pense que des gains de productivité supplémentaires peuvent être obtenus, je suis d'avis que nous devons être prudents, lorsque nous supposons qu'il s'agit là de la recette miracle à tous les problèmes rencontrés par le système, notamment au niveau des coûts. Je suis sans aucun doute un fervent adepte d'une pratique basée sur les résultats et un grand partisan du Projet sur les listes d'attente de l'ouest canadien, que le Dr Noseworthy m'a encore une fois demandé de rappeler à votre bon souvenir.

Nous devons poursuivre nos efforts énergiquement pour atteindre un gain de productivité annuel de 1 à 2 p. 100 et nous y parviendrons. Je me suis engagé auprès de notre conseil d'administration à atteindre ce but chaque année.

Toutefois, lorsque vous confrontez ce gain de productivité de 1 à 2 p. 100 avec la croissance et le vieillissement de la population, le développement de nouveaux traitements et de nouvelles technologies, l'augmentation du coût des produits pharmaceutiques et les améliorations constantes que le système apporte aux gens en matière d'espérance et de qualité de vie, il est clair que les objectifs ne pourront pas être atteints.

Dans votre document, vous vous interrogez sur le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé publique au niveau national. En lisant votre compte-rendu, j'ai été très frappé, d'abord et avant tout, par l'idée selon laquelle le gouvernement fédéral devrait contribuer financièrement au système de santé par le biais d'un financement stable. Je pense qu'il s'agit d'une notion d'une importance absolument capitale. Lors de ma participation au gouvernement, je n'ai jamais pu convaincre mes collègues au niveau fédéral qu'un «financement stable» consacré à la santé est un financement indexé sur la croissance et le vieillissement de la population, ainsi que sur l'inflation.

Cela a toujours été décevant car je pense qu'il faut reconnaître les facteurs fondamentaux générateurs de coûts dans le système, et il semble qu'aucune réflexion à ce sujet n'ait été entreprise. Il s'agit d'une question clé où un engagement à long terme doit être pris conjointement par les provinces et par le gouvernement fédéral. Cela constitue une part de la réponse. Un autre volet de la réponse est l'amélioration de productivité dont j'ai parlé auparavant et, dans un instant, je parlerai de ce qui, à mon sens, pourrait constituer les autres composantes entrant en jeu.

Un autre rôle clé du gouvernement fédéral porte sur l'infrastructure de la technologie de l'information. Nous en avons déjà parlé. Nous devons en améliorer le fonctionnement. Nous devons nous en occuper d'une manière plus approfondie et plus complète, au lieu de financer une myriade de projets pilotes à travers tout le pays, projets qui ne formeront jamais un ensemble cohérent susceptible d'être utile.

Un autre rôle clé du gouvernement fédéral est d'assurer un rôle de leader dans le domaine même de compétences de votre comité.

Senator, which is strategic leadership, looking at where the system needs to go and what the issues are that face us.

There does need to be a recognition, however, that the health system has changed fundamentally in the last few years for some of the reasons I have mentioned. The system is now largely populated by a workforce of very specialized individuals who are well paid and in demand throughout North America.

Our capacity to deliver new and innovative treatments is expanding every day. There are considerable costs to those initiatives, and there is public expectation, as I have said, that they will be able to access those types of treatments at about the same rate as people accessing services in a very successful health management organization in the U.S.

We need to look at all of the options on efficiency and productivity, from better management to better use of information technology. My friend Heather Smith, the president of the United Nurses of Alberta, and I just had a little debate on the use of the private sector on the delivery side. Maybe we need to look at all of those things in trying to pick up efficiency gains.

Those will not, in and of themselves, be enough to adequately finance the system in a way that I think Canadians would want it financed. We are encouraged to hear that Don Mazankowski's committee is looking at other ways of financing the system, such as health spending accounts, insurance, and ways of engaging the patient as a consumer.

We would support a thorough review of those options. We have not been able to move forward on some of them, with all governments in Canada, including the federal government, focusing on tax reductions, paying down debts and managing deficits. I cannot see how the system will be adequately financed in the future, and I think we could lose some of the very real gains we have made in the system over the last years.

Ms Weatherill: I am going to get into somewhat more specific responses to the questions that were posed. I wanted to start off with what I know has become the usual Alberta commercial for what we have achieved in health care, and we were pleased to have Jeffrey Simpson from *The Globe and Mail* here last week. He says that if you need health care inspiration, use Alberta for your beacon. We have included that article.

Just to echo Jack's comments, you have produced a great document. We would recommend it be required reading for government and health leaders. My overarching comment, as I begin to get into the detail, is, as Jack has already framed so well, that change is needed if our system is to be financially sustainable, and there is not one magic fix or one easy solution. If there were an easy solution, we would have found it by now.

monsieur le sénateur; il s'agit d'un rôle stratégique ayant pour but de déterminer dans quelle direction se dirige le système de santé et quels sont les problèmes auxquels nous avons à faire face.

Il est indéniable, toutefois, que le système de santé a changé fondamentalement depuis quelques années pour les raisons que j'ai évoquées précédemment. Ce système est à présent doté d'un personnel composé d'individus hautement qualifiés, qui sont bien payés et dont les qualités sont recherchées à travers toute l'Amérique du Nord.

Notre capacité à proposer des traitements nouveaux et innovateurs s'accroît de jour en jour. Les coûts de ces initiatives sont extrêmement élevés et l'opinion publique s'attend, comme je l'ai précisé, à pouvoir accéder à ces types de traitement aux mêmes prix environ que ceux en vigueur dans l'organisation de soins de santé intégrés très efficace existant aux États-Unis.

Nous devons considérer toutes les options en matière d'efficacité et de productivité, que ce soit une meilleure gestion ou une meilleure utilisation de la technologie de l'information. Mon amie Heather Smith, présidente d'United Nurses of Alberta, et moi-même avons eu une petite discussion concernant l'utilisation du secteur privé dans la prestation des soins de santé. Peut-être devons-nous considérer tous ces éléments dans nos efforts d'amélioration de l'efficacité.

Ils ne seront sans doute pas suffisants en tant que tels pour financer de manière appropriée le système comme le voudraient les Canadiens. Les efforts développés par le comité de M. Don Mazankowski pour trouver d'autres moyens de financer le système, telles que les comptes gestion-santé, les assurances et les incitations du patient à agir en tant que consommateur, sont encourageants.

Nous apprécierions un examen détaillé de ces options. Nous n'avons pas pu avancer sur certaines d'entre elles car tous les gouvernements au Canada, y compris le gouvernement fédéral, concentrent leurs efforts sur les réductions d'impôts, le remboursement des dettes et la gestion des déficits. Je ne vois pas comment le système pourra être financé de façon satisfaisante dans l'avenir, et je pense que nous risquons de perdre certaines des avancées bien réelles qu'il a connu ces dernières années.

Mme Weatherill: Je vais essayer d'apporter des réponses plus précises aux questions qui ont été soulevées. Je voudrais commencer par ce qui, je le sais, est devenu le cheval de bataille reconnu de l'Alberta en ce qui concerne nos réussites en matière de soins de santé; nous avons été heureux de recevoir Jeffrey Simpson du *Globe and Mail* ici la semaine dernière. Il a déclaré que, si vous cherchez l'inspiration concernant les soins de santé, il vous suffit de vous tourner vers l'Alberta. Nous avons inclus cet article dans notre document de synthèse.

Pour reprendre les commentaires de Jack, je pense que vous avez élaboré un document précieux. Nous recommanderions que les membres du gouvernement et les dirigeants dans le domaine de la santé soient tenus de le lire. Mon commentaire principal, si je commence à entrer plus dans les détails, est que, comme Jack l'a déjà si bien présenté, des changements sont nécessaires si nous voulons que notre système soit financièrement viable, et qu'il n'existe pas de recette miracle ou de solution unique facile à

We will give you a brief, thumbnail sketch of Capital Health, and you can just "ditto" that for Calgary. The two regions are very similar, and the only ones here in Alberta with the primary responsibility for the province's academic mission of training men and women in the health sciences professions.

Like all regions in Alberta, the two big urban regions were created through the amalgamation of, in our case, nine former health and hospital boards. It happened extraordinarily quickly, and we do not think about it very often now because it took place five years ago. I too would just like to acknowledge our government for that courageous move, because we now describe ourselves as "fully integrated," doing everything from looking after immunizing babies right up to heart transplants. We are also regionalized, and we are academic regions, as I mentioned.

In our case, we provide a lot of service to the North, and in Calgary's case, a lot of service beyond Calgary to Southern B.C., and even, in some cases, to Americans. Here is the map of the province, and it shows Region 10, which is our region. The number of regions, just as in other provinces that have been regionalized, is controversial. Reducing the number of regions, in and of itself, is not a big cost saver. A lot of emphasis has been focused on how many regions is the right number, and again, that is not a solution to the more complex problem of financial sustainability.

There are a lot of metrics on the next page on the size of the system. Just to add to Jack's comments about the number of beds in the two urban areas, I believe both of our areas have the fewest number of beds per population of any system in Canada, largely because we have been able to, any day of the week, go into our database and find out, for example, that 8,000 people had received a home care service in our region. Therefore, we are very large systems, each with one medical staff — a big advantage — and we are very large employers.

I wanted to just focus for a moment on the academic mission that we share, because when we think about opportunities for financial sustainability, we often do not remember, or need to be reminded, that in addition to caring for people who are ill or injured and promoting health, we also have a very important responsibility to train future generations of health sciences professionals.

That does need to be a guidepost as we think about the relative portions of for-profit and public services in a single-payer system. It is a very important issue for us, and sometimes causes us to do things in a way that, to the public, may appear less efficient or somewhat more cumbersome or bureaucratic.

mettre en œuvre. Si tel était le cas, nous aurions déjà trouvé cette solution.

Nous allons vous dresser un portrait rapide et concis du Capital Health, et vous pourrez le «calquer» pour obtenir celui de la situation rencontrée à Calgary. Les deux régions sont très similaires, et ce sont les deux seules en Alberta ayant pour vocation principale d'assurer la mission de formation universitaire d'hommes et de femmes dans le domaine des professions des sciences de la santé.

Comme toutes les régions de l'Alberta, les deux grandes régions urbaines ont été créées suite à la fusion, dans notre cas, de neuf anciens conseils hospitaliers et de santé. Cette fusion s'est effectuée de manière extrêmement rapide, et nous n'y pensons plus beaucoup à présent, car elle a eu lieu il y a cinq ans. Je voudrais moi aussi remercier notre gouvernement de cette initiative courageuse, car nous pouvons à présent nous targuer d'être «entièrement intégrés» et de fournir un éventail complet de soins, allant de la vaccination des bébés jusqu'aux transplantations cardiaques. Nous sommes également divisés en régions, et nous avons des régions universitaires, comme je l'ai indiqué.

Dans notre cas, nous fournissons de nombreux services dans le nord et, dans le cas de Calgary, de nombreux services dépassent la région même de Calgary pour être offerts au sud de la Colombie-Britannique et même, dans certains cas, jusqu'aux États-Unis. Voici une carte de la province montrant la région 10, qui est notre région. Le nombre de régions fait l'objet d'une controverse, exactement comme dans les autres provinces qui ont été divisées. Réduire le nombre de régions ne permettrait pas en soi de réaliser de grandes économies. Une grande attention a été portée au calcul du nombre optimal de régions qu'il faudrait créer, mais là encore, il ne s'agit pas d'un élément crucial permettant de trouver une solution au problème plus complexe de la viabilité financière.

De nombreuses données chiffrées concernant la taille du système figurent sur la page suivante. Juste pour ajouter un commentaire à celui de Jack sur le nombre de lits dans les deux zones urbaines, je pense que celles-ci ont le plus faible nombre de lits par habitant au Canada, surtout car nous avons été capables, jour après jour, de voir dans notre base de données que, par exemple, 8 000 personnes ont reçu des services de soins à domicile dans notre région. Par conséquent, nous possédons des systèmes très vastes, chacun avec son personnel médical — un gros avantage — et nous employons de nombreuses personnes.

Je voudrais pour un instant me concentrer sur la mission universitaire que nous partageons, car lorsque nous pensons à des solutions financièrement viables, nous l'oublions souvent, et nous devons nous rappeler qu'en plus de nous occuper des personnes malades et blessées et de veiller sur la santé de nos concitoyens, nous avons également la responsabilité très importante de former les générations futures de professionnels en sciences de la santé.

Cela doit être un principe directeur quand nous pensons aux pourcentages relatifs des services publics et des services à but lucratif existant dans un système à souscripteur unique. Il s'agit d'un problème très important pour nous, qui nous conduit parfois à agir d'une manière qui, aux yeux de l'opinion publique, peut

The George Bernard Shaw quote included in this material is important, and we want to congratulate this committee again for encouraging people to think about what change is needed.

Moving on, then, into responding to your specific highlights and questions, first of all, we wholeheartedly agree that our health system is not contemporary.

People get their pizza free if it is not delivered in 45 minutes or 60 minutes or whatever. No wonder that when they come to our emergency departments, they are so puzzled at why they have to wait, or even more profoundly, why more services are not accessible in a contemporary way using the Internet and other, very readily available methods.

That is a profound societal issue that we hear about all the time. The health system is back somewhere in the 1960s in a user-friendly sense, and so it is no wonder the public is unhappy about it.

There has been a lot of focus in your reports, those of Ken Fyke and the Quebec report, on the need for primary care reform. We agree, and there are many pilot projects underway. It is a slow process. I personally would advocate a more standardized framework that would see us moving primary care reform ahead faster.

However, in addition to that, and going back to the system being user friendly, Canadians do sincerely want to take responsibility for their own health, but we have not given them the simplest of tools with which to do that. There are a number of very good pilot projects in Alberta that are trying to encourage people to pick up the telephone and get advice, so they do not have to phone their physician for an appointment or go to the emergency department.

I will not repeat Jack's comments here, but the dramatic scope of the changes to our health system means, quite frankly, that it just does not fit with the existing legislation. Our province, and our organizations individually, very much urge a non-ideological and reasoned debate. The public is way ahead of us here, and I think you need to be talking to them about this, not just people like Jack and myself.

We hear from the Alberta public frequently, "Why is the debate so slow? Why have we not started it?" Why are we not just getting on with asking the public what size of health system do they want, what is the right size, and how it should it be paid for?

There is a lot of focus in Chapter 7 on waiting times, which is an important area, and again I echo Jack's comments on the wait list work that is underway.

paraître moins efficace ou sensiblement plus lourde ou bureaucratique.

La citation de George Bernard Shaw figurant dans ce document est importante, et nous voulons féliciter encore une fois ce comité d'encourager les gens à réfléchir sur la nature des changements à effectuer.

Pour continuer donc à répondre à vos remarques et à vos questions particulières, nous sommes tout d'abord entièrement d'accord que notre système de santé ne répond plus aux besoins contemporains.

Les gens reçoivent leur pizza gratuitement si elle n'est pas livrée dans les 45 ou 60 minutes, ou peu importe en combien de temps. Il n'est donc pas étonnant que lorsque ces gens viennent au service des urgences, ils restent perplexes devant la longueur des files d'attente, ou plus encore, devant le fait que plus de services ne soient pas offerts de façon moderne, par l'intermédiaire d'Internet ou d'autres méthodes très facilement accessibles.

Il s'agit d'un grave problème de société dont nous entendons parler tout le temps. Le système de santé serait plutôt du style de celui des années 60, en ce qui concerne la convivialité de son utilisation, et il n'est pas étonnant que le public en soit mécontent.

Vos rapports, en particulier ceux de Ken Fyke et du Québec, se concentrent principalement sur la nécessité d'une réforme des soins primaires. Nous sommes d'accord avec cela et de nombreux projets pilotes sont en cours. Il s'agit d'un long processus. Je serais personnellement partisane d'un cadre de travail plus standardisé qui permettrait d'accélérer la mise en place d'une telle réforme.

Toutefois, en plus de cela et pour reparler de la convivialité du système, les Canadiens veulent sincèrement se sentir responsables de leur propre santé, mais nous ne leur avons pas donné le moindre outil pour atteindre cet objectif. Il existe un certain nombre de très bons projets pilotes en Alberta qui encouragent les gens à utiliser leur téléphone pour obtenir des conseils, sans avoir à prendre rendez-vous chez leur médecin ou à se présenter au service des urgences.

Je ne répéterai pas ici les commentaires que Jack a déjà faits, mais l'ampleur incroyable des changements devant être apportés à notre système de santé montre très franchement que ce système n'est pas compatible avec la législation existante. Notre province, et nos institutions de manière individuelle, ont besoin de toute urgence d'un débat raisonné et pragmatique. L'opinion publique est très en avance sur nous à ce sujet, et je pense que vous devriez en parler d'une manière beaucoup plus large, et pas seulement à des personnes comme Jack et moi-même.

Les habitants de l'Alberta se posent souvent la question: «Pourquoi le débat progresse-t-il si lentement? Pourquoi ne l'avons-nous pas encore entamé?» Pourquoi ne pas demander à l'opinion publique quelle taille de système de santé serait appropriée, quelle serait la taille adéquate et comment ce système devrait être financé?

Le chapitre 7 est largement consacré aux délais d'attente, ce qui constitue un sujet d'importance, et une fois encore, je vous rappelle les commentaires de Jack concernant le travail en cours sur le problème des listes d'attente.

There are real problems with waiting times in some areas, but not all, and we are seriously in need of a more standardized approach for dealing with wait lists using better clinical data, and there are many reasons why we have not been able to move faster on that.

I remember that five years ago, I thought, well, that will be easy to fix. We are a region now. However, there are a lot of reasons, which Dr. Keon here would be able to tell us about, why it is not easy to grab the wait lists away from individual practitioners and manage those centrally.

A more important concept, from my point of view, is that the focus that the public has put on some of the wait areas, like MRIs and joint replacement surgery, has actually caused us to pay insufficient attention to waiting times in some very important areas such as mental health, and other clinical areas that do not get quite the same profile.

In Chapter 8, you asked for our advice on the mix of for-profit and public services, and this whole very controversial area of how many tiers do we need and should the public be able to pay for services.

I know this has been a cause for much debate, and we talked with our own unions and providers about this at length, but we have a mix of for-profit and public providers. From my point of view, because they fall within our current oversight responsibility within the health authority, the mix has worked. There have been some real advantages to having that mix.

One reason we have to pay a different type of attention to the proportions in the mix in both the Calgary and the Capital region is we also have this important responsibility for education and research. We have to take that into account as we ensure that we have the right training and academic environment.

As to whether two tiers is the right thing, the Alberta public tells us they just want to be asked that, and sooner rather than later.

There has been a lot of discussion on efficiency, and Jack said it all. All the effort that we can put into improving efficiency is not going to be enough to solve the problem. We need an approach that causes us to make fundamental changes in the health system and look at new financing options, as well as the ongoing pursuit of efficiency.

In Alberta, we have talked a lot about other sources of financing, just in response to Chapter 8, and Edmonton and Calgary are jointly working on financing sources that already exist within the current legislation. None of it is easy, and all of it

Il existe de réels problèmes de délais d'attente dans certains secteurs, mais pas dans tous, et nous devons sérieusement adopter une démarche plus standardisée pour faire face à ce problème, en utilisant des données cliniques de meilleure qualité; il existe de nombreuses raisons faisant que nous n'avons pu avancer plus vite sur ce sujet.

Je me souviens qu'il y a cinq ans, je pensais qu'il serait facile de résoudre ce problème, car nous étions devenus une région. Toutefois, il existe de nombreuses raisons, dont le Dr Keon ici présent pourrait nous parler, faisant qu'il n'est pas facile de gérer de manière centralisée les listes d'attente existant chez chaque praticien.

Un concept encore plus important, à mon avis, est que l'attention que l'opinion publique porte sur certaines listes d'attente, comme l'IRM et la chirurgie de remplacement des articulations, nous a conduit à négliger les délais d'attente existant dans d'autres domaines très importants tels que les maladies mentales et d'autres secteurs cliniques qui ne bénéficient pas de la même considération.

Au chapitre 8, vous nous demandez des conseils sur l'emploi conjoint de services publics et de services à but lucratif, c'est-à-dire sur la question très controversée de savoir à combien de services extérieurs il faut faire appel et si le public doit payer pour bénéficier de services.

Je sais que cette question a été à l'origine de nombreux débats et nous en avons discuté en détail avec nos propres syndicats et fournisseurs, mais nous employons conjointement des services publics et des services à but lucratif. À mon avis, comme notre administration sanitaire est présentement responsable de la supervision des deux types de services, leur emploi conjoint ne pose aucun problème. Un tel emploi conjoint présente certains avantages indéniables.

L'une des raisons pour lesquelles nous devons porter une attention d'un autre type aux proportions d'emploi de ces services à la fois dans la région de Calgary et dans celle de la Capitale réside dans le fait que nous avons cette responsabilité importante de formation et de recherche. Nous devons tenir compte de cette réalité afin de nous assurer que nous possédons un environnement universitaire et de formation approprié.

Pour ce qui est de savoir si deux partenaires extérieurs sont nécessaires, les habitants de l'Alberta veulent pouvoir en décider, et cela le plus rapidement possible.

De nombreuses discussions ont eu lieu sur l'efficacité et Jack a dit tout ce qu'il fallait dire à ce sujet. Tous les efforts que nous ferons afin d'améliorer l'efficacité ne seront pas suffisants pour résoudre le problème. Nous avons besoin d'une démarche nous forçant à effectuer des changements fondamentaux dans le système de santé et à rechercher de nouvelles options de financement, tout en continuant à améliorer l'efficacité de façon permanente.

En Alberta, nous avons longuement discuté d'autres sources de financement, pour évoquer la problématique soulevée au chapitre 8, et Edmonton et Calgary travaillent conjointement pour trouver des sources de financement existant déjà dans le cadre de

requires some public discussion. We agree on the national drug formulary — simple response.

I want to spend a few minutes on Chapter 8, on the matter of home care, and I spent a few years of my earlier career in home care. We have had a publicly funded, very comprehensive home care program in Alberta since 1978. In fact I was working in government when the home care program was set up. It can be a valuable support for early discharge and for avoiding permanent institutional care for disabled and older people, and I would encourage you to look at the Alberta experience in detail when deciding on or recommending the possibility of a national home care program. It is complex, and maybe more so than it appears on the surface. I think personally that tax credits and EI benefits for caregivers should be explored.

I am going to stop there, because I wanted to leave you enough time for questions, just glancing at my watch. In the next few pages, we have given you our response to the specific chapters, but I have covered the major points that I wanted to cover.

The Chairman: Can you send us or something on how the home care model in Alberta, or at least in your two regions, works? That would be helpful.

If the Canada Health Act included the notion that there could be pilot projects, experimental programs, whatever you want to call them, that violated the provisions of the act, are there things you would be doing on an experimental basis that you cannot currently do?

Mr. Davis: I think there are obviously things that need to be looked at and explored. As Sheila said, we are looking at some of the revenue opportunities that are within the legislation, but we need more than just experiments. There needs to be a more comprehensive look at some of the options and alternatives. Then we need to fit the experiments within that to road test some of these ideas.

I would not want to see us road testing a bunch of ideas on an ad hoc basis. There has to be a larger policy framework for the options that we look at.

The Chairman: Right. However, I am asking, are there options? I am trying to understand the extent to which the Canada Health Act is constraining innovation.

Mr. Davis: The Canada Health Act is an issue, but a lot of the services we provide now in the community are outside of the Canada Health Act. We do have a lot of legislative flexibility there. Do we have the policy direction and can we engage the public? As to should we be looking at an insurance-based model as opposed to just a tax-funded model to pay for some of the

la législation actuelle. Rien de tout cela n'est simple, et tout le processus requiert des discussions publiques. Nous sommes d'accord sur la question du formulaire pharmaceutique national — il s'agit d'une réponse simple.

Je veux consacrer quelques minutes au chapitre 8, au sujet des soins à domicile, ayant passé moi-même quelques années de ma carrière dans ce secteur. Nous sommes dotés en Alberta, depuis 1978, d'un programme de soins à domicile très complet financé par des fonds publics. En fait, je travaillais pour le gouvernement au moment où ce programme a été mis en place. Il peut constituer un moyen très appréciable permettant de délivrer des autorisations de sortie plus rapides et d'éviter de recourir aux soins institutionnels permanents pour les personnes âgées ou handicapées; je vous encourage à considérer le cas de l'Alberta en détail au moment de décider ou de recommander la possibilité de création d'un programme national de soins à domicile. Il s'agit d'un sujet complexe, peut-être plus qu'il n'y paraît à première vue. Je pense personnellement que des dégrèvements fiscaux et des avantages d'assurance-emploi devraient être considérés pour les personnes soignantes.

Je vais m'arrêter ici après avoir jeté un coup d'œil à ma montre, car je voudrais vous laisser suffisamment de temps pour poser des questions. Dans les quelques pages qui suivent, nous vous donnons notre réponse concernant chaque chapitre en particulier, mais je pense avoir abordé tous les points principaux dont je désirais parler.

Le président: Pouvez-vous nous faire parvenir un document sur la façon dont le modèle de soins à domicile fonctionne en Alberta, ou tout au moins dans vos deux régions? Cela serait utile.

Si la Loi canadienne sur la santé incluait le concept que des projets pilotes, des programmes expérimentaux ou quel que soit le nom que vous voulez leur donner, soient autorisés à violer ses dispositions, existe-t-il certaines choses que vous voudriez tenter de faire à titre expérimental, que vous n'avez pas actuellement le droit de faire?

M. Davis: Je pense qu'il existe de toute évidence des choses qui doivent être considérées et étudiées de près. Comme Sheila l'a souligné, nous considérons certaines sources de financement conformes à la législation en vigueur, mais nous avons besoin de plus que de simples expériences. Il est nécessaire d'étudier de manière plus approfondie certaines des options et des alternatives. Puis nous devons inclure des essais expérimentaux dans cette étude afin de tester la faisabilité de certaines de ces idées.

Je ne voudrais pas que ces tests de faisabilité soient effectués sur tout un éventail d'idées ponctuelles. Les options que nous considérons doivent entrer dans un cadre d'action plus étendu.

Le président: Tout à fait. Cependant, je vous le demande, existe-t-il des options? J'essaie de comprendre en quoi la Loi canadienne sur la santé restreint l'innovation.

M. Davis: La Loi canadienne sur la santé constitue un obstacle, mais de nombreux services que nous offrons présentement à la collectivité n'entrent pas dans le cadre de cette loi. Nous bénéficions d'une grande souplesse législative à ce sujet. Connaissons-nous l'orientation de la politique de santé et pouvons-nous faire participer le public? Quant à savoir si nous

services, or should we be looking at an individual user-pay model. I do agree with some of Don Mazankowski's comments about the difficulties around individual user pay.

I think there are some alternatives as to how the system is financed, and the issue of giving more consumer power to the individual is important. However, we need to be careful that we do not do what we have been doing over the last 10 years, which is launch a plethora of what I consider fairly small pilot projects that are time and energy consuming to manage, and at the end of the day, we are not sure what to do with the results.

Ms Weatherill: Just to give you a specific example, senator, what would be our province's policy on having young families pay for prenatal classes? If you were to look across Canada, you would find no standard approach to that. It is a very tiny cost in the system, but we do not even standardize that provincially. We probably do not even standardize that within our own health authority. However, that would be fully within our ability to change.

In an environment where there has been so much discussion — and we welcome the discussion on the topic — the random, shotgun approach to making changes is not a good way to go. I continue to say that we need to ask the public how they feel. Maybe they would really be interested in buying insurance for certain sorts of services. We do not know because we have not asked them.

Senator Keon: I have to congratulate you and your province for having the courage to undertake what you have undertaken, and we are all going to learn a great deal from you. There are two things: Last time I was out here, you were expending about four-fifths per capita of the national average on health care, and frankly, your outcomes are better than anywhere else. Does that still apply?

Mr. Davis: I think we have moved to near the top, and there are a couple of reasons for that. One, I believe that the government took a position, supported certainly by all health authorities, that we needed to move our compensation rates for physicians, nurses and other health care providers closer to the Ontario and B.C. levels, just to help us recruit and retain individuals.

It is always a puzzle to me that when we try to do something that Ontario is doing, we get criticized for it. That has pushed up our costs. The government has also reinvested in some key areas that perhaps suffered a little during regionalization and the budget reductions. We do need to recognize that Albertans have high expectations of their public services generally, whether health care or infrastructure.

devrions considérer un modèle basé sur les assurances plutôt qu'un modèle financé par les impôts pour payer certains des services, ou encore si nous devrions envisager un modèle de financement individuel par l'utilisateur, je suis d'accord avec certains des commentaires de M. Don Mazankowski concernant les difficultés liées au dernier type de modèle mentionné.

Je pense qu'il existe quelques alternatives concernant la manière de financer le système, et le problème d'octroyer davantage de pouvoir de décision aux individus est important. Toutefois, nous devons veiller à ne pas faire ce que nous avons fait pendant les 10 dernières années, à savoir lancer une kyrielle de projets pilotes, que je considère personnellement comme assez insignifiants, et qui mobilisent beaucoup de temps et d'énergie pour, au bout du compte, produire des résultats dont l'utilité est contestable.

Mme Weatherill: Juste pour vous donner un exemple concret, sénateur, que serait la politique de notre province en matière de paiement des rencontres prénatales par les futurs parents? Si vous vous penchez sur ce sujet à travers le Canada, vous constaterez qu'il n'existe pas de démarche standard en la matière. Cela représente un coût extrêmement faible dans le système, mais nous ne sommes même pas capables de standardiser cette procédure au niveau provincial. Nous ne la standardisons probablement même pas au sein de notre propre autorité en matière de santé. Toutefois, il nous serait tout à fait possible de changer les choses.

Dans un contexte où il y a eu tant de discussions — et nous encourageons toute discussion sur le sujet — la démarche aléatoire et coercitive ne constitue pas une manière efficace d'effectuer des changements. Je persiste à dire que nous devons demander à l'opinion publique ce qu'elle en pense. Peut-être serait-elle vraiment intéressée par l'achat d'assurances pour certains types de services. Nous ne le savons pas car nous n'avons pas posé la question.

Le sénateur Keon: Je dois vous féliciter ainsi que votre province d'avoir eu le courage d'entreprendre ce que vous avez entrepris et il est certain que nous avons beaucoup à apprendre de vous. Il y a deux choses: la dernière fois que j'étais là, vous dépensiez par habitant environ les quatre cinquièmes de la moyenne nationale en soins de santé et, franchement, vos résultats sont meilleurs que partout ailleurs. Ces données sont-elles toujours d'actualité?

M. Davis: Je pense que nous nous sommes approchés de la première place pour plusieurs raisons. Tout d'abord, je crois que notre gouvernement a pris la décision, soutenue sans aucun doute par toutes les autorités en matière de santé, de modifier les niveaux de rémunération de nos médecins, infirmières et autres fournisseurs de soins de santé, afin de les rapprocher de ceux de l'Ontario et de la Colombie-Britannique et de nous aider à recruter et à maintenir en poste ces individus.

J'ai toujours du mal à comprendre que, lorsque nous essayons d'appliquer ce qui se fait en Ontario, nous nous fassions critiquer. Cette opération a augmenté nos coûts. Le gouvernement a également réinvesti dans certains secteurs clés qui avaient peut-être un peu souffert pendant le processus de régionalisation et de restrictions budgétaires. Nous devons reconnaître que les Albertains ont des exigences élevées en ce qui concerne les

I would say that the results are there to show that this investment has paid off. We have seen the outstanding results that the Capital Health Authority has achieved in national surveys, and we are moving up in Calgary, so we are very pleased with the results.

Senator Keon: I think your home-care programs are definitely models that we should all be looking at. The gaps that exist in some of the other programs do not seem as common in yours.

Would you be kind enough to lead me through, for example, a cancer patient who has been through the active treatment system and is referred to the home care system, how that is managed, and how the interface is managed if the patient needs to go back into the active treatment system. Are there any gaps in financial coverage from the time the patient is flipped into the home care system until, unfortunately, he or she expires?

Ms Weatherill: I wish I could tell you that there were no gaps and that it was a perfect system. It is getting better. In particular, we take pride in the palliative home-care program that is now in place in both the major cities and beginning to become more visible in the rural communities.

Home-care staff are present in our hospital facilities and also in the treatment facilities where patients go for oncology therapy.

In Alberta, there is a provincial cancer board that operates some of the services, and some are operated by our health authorities. There are also outreach clinics for oncology in some of the more remote areas.

There are jurisdictional issues here, but in fact, because we are a small province population wise, even though we are big geographically, by and large, that has been sorted out.

Patients going back and forth between hospital admissions, in and out of hospital, and on and off home care, is, generally speaking, well managed from a case management point of view. Similarly, the patient moving in and out of the cancer facility is generally well managed, due to improving information systems, which is the key.

The degree of home care service is based on what the family is able to provide. However, when the patient becomes terminally ill, then a different level of home care kicks in, with additional advice, palliative care advice, provided to the family physician.

It is very comprehensive, but not perfect. Senator Carstairs was here a few weeks ago and spent some time with our palliative care program. It is something we take pride in, and although there are

services publics en général, qu'il s'agisse de soins de santé ou d'infrastructure.

Je dirais que les résultats sont là pour prouver que cet investissement a été payant. Nous avons vu les résultats exceptionnels atteints dans les enquêtes nationales par le Capital Health Authority, et nous sommes sur la bonne voie à Calgary, où nous sommes satisfaits des résultats.

Le sénateur Keon: Je pense que vos programmes de soins à domicile sont sans aucun doute des modèles dont nous devrions nous inspirer. Les lacunes qui existent dans certains des autres programmes ne semblent pas aussi fréquentes dans les vôtres.

Pourriez-vous s'il vous plaît m'expliquer par exemple le cheminement d'un patient atteint du cancer, qui a suivi un programme de traitement actif, puis qui est dirigé vers un programme de soins à domicile? Comment ce processus est-il mené et comment l'interface entre les deux programmes est-elle gérée, si le patient a besoin de retourner vers un programme de traitement actif? Existe-t-il des lacunes dans le système de prise en charge financière entre le moment où le patient est dirigé vers le programme de soins à domicile et celui où, malheureusement, il ou elle décède?

Mme Weatherill: J'aimerais pouvoir vous dire qu'il n'existe aucune lacune et qu'il s'agit d'un système parfait. Malgré tout, ce système s'améliore. En particulier, nous sommes fiers du programme de soins palliatifs à domicile à présent en place dans les deux villes principales et commençant à prendre forme dans les collectivités rurales.

Le personnel responsable des soins à domicile est présent dans nos installations hospitalières ainsi qu'au niveau des centres où les patients se rendent pour suivre des traitements d'oncothérapie.

En Alberta, il existe un office provincial du cancer qui offre certains services, alors que d'autres sont proposés par nos autorités en matière de santé. Il existe également des cliniques itinérantes dans certaines régions éloignées.

Il existe des problèmes de compétence juridique, mais puisque nous sommes une petite province en termes de population, même si ce n'est pas le cas géographiquement, ceux-ci ont d'une manière générale été éliminés.

Le cas des patients naviguant entre les soins à l'hôpital et les soins à domicile est habituellement bien géré du point de vue de la prise en charge. De même, le cas des patients soignés par intermittence dans les installations de traitement du cancer est généralement bien géré grâce à l'amélioration des systèmes d'information qui constituent la clé de la réussite.

Le niveau des services de soins à domicile est basé sur les efforts que la famille est capable de fournir. Toutefois, lorsque le patient arrive en phase terminale, un niveau différent de soins à domicile prend le relais, comprenant des conseils supplémentaires et des conseils sur les soins palliatifs, fournis au médecin de famille.

C'est un système très complet, mais non parfait. Le sénateur Carstairs était ici il y a quelques semaines et a consacré du temps pour étudier notre programme de soins palliatifs. Il s'agit d'un

opportunities for improvement, I would say it is probably better than we might see in other areas.

Senator Keon: If I could just draw you on a little more, if a patient, for example, leaves an active treatment centre, requires home care and then gets somewhat better and appears to be in a prolonged period of relief or remission, but still requires some kind of nursing or custodial care, how is that managed financially?

Ms Weatherill: Depending on the amount of support needed, which again is linked back to what the family is able to provide, in our region — there is some variation throughout the province, but not much — that service is provided without cost to the individual.

If the patient required help with housecleaning, not with getting in and out of the bathtub or personal support, but actual cleaning of the house, then a small fee is charged, but actually, that rarely happens.

Senator Keon: What about some of the nursing home facilities that a patient might want access to? What coverage applies to them?

Ms Weatherill: The maximum cost right now, although this is under review, to an individual per day in our long-term care system is under \$30, which is currently, we believe, the lowest in the country.

Senator Pépin: Does that include medication?

Ms Weatherill: It includes medication. It is rated as, as we describe it, "long-term care nursing home auxiliary hospital system."

Senator Morin: Thank you very much for coming and for your comments. There is no doubt that both the Capital and Calgary Health Authorities are Canadian success stories. I was at an international meeting not very long ago where it was described in some detail as a model in questions coming from foreign visitors, and it is certainly a very interesting enterprise.

You are not responsible for pharmaceuticals, physician fees or union negotiations for salaried personnel. I was wondering whether those are areas that you would like to move into or not.

Mr. Davis: On the pharmaceutical side, in Alberta, there is a fairly generously sponsored subsidy to the Blue Cross pharmaceutical program for seniors in the community.

Senator Morin: Your regional authority does not have authority on pharmaceuticals?

Mr. Davis: Right.

Senator Morin: That is what I meant.

programme dont nous sommes fiers et, même s'il y a toujours des possibilités d'amélioration, je dirais qu'il est probablement meilleur que ce que nous pourrions voir dans d'autres régions.

Le sénateur Keon: Si je peux me permettre de vous entraîner un petit peu plus loin, comment est gérée financièrement une situation où, par exemple, un patient quitte un centre de traitement actif, nécessite des soins à domicile, puis dont l'état s'améliore quelque peu et qui semble connaître une période de soulagement ou de rémission, tout en continuant à avoir besoin de certains soins infirmiers ou de garde?

Mme Weatherill: Selon le niveau d'assistance nécessaire qui, encore une fois, est lié aux efforts que la famille est capable de fournir, dans notre région — il existe quelques différences mineures à travers la province — ce service est offert gratuitement à l'individu.

Si le patient a besoin d'aide pour faire le ménage, non pas pour entrer ou sortir de sa baignoire ou pour des soins personnels, mais réellement pour nettoyer sa maison, alors une petite participation aux frais est demandée, mais ce cas est très rare.

Le sénateur Keon: Qu'en est-il de l'accès aux établissements de soins infirmiers susceptibles d'intéresser le patient? Quel montant devra-t-il verser?

Mme Weatherill: Actuellement, le coût maximum demandé par jour à un individu dans notre système de soins de longue durée, même s'il fait en ce moment l'objet d'une révision, s'élève à moins de 30 \$, ce qui est actuellement, je crois, le coût le plus faible dans le pays.

Le sénateur Pépin: Ce montant comprend-il les médicaments?

Mme Weatherill: Il comprend en effet les médicaments. Il est classé, selon notre échelle descriptive, en «système hospitalier auxiliaire de soins infirmiers de longue durée.»

Le sénateur Morin: Merci beaucoup d'être venus et de nous avoir fait part de vos commentaires. Sans aucun doute, le Capital Health Authority et le Calgary Health Region sont des exemples d'expériences canadiennes réussies. J'ai participé récemment à une réunion internationale où ces expériences ont été présentées comme modèle avec certains détails, suite à des questions venant de visiteurs étrangers; il s'agit sans conteste d'une organisation très intéressante.

Vous n'êtes pas responsables du prix des produits pharmaceutiques, des honoraires des médecins ou des négociations syndicales pour le personnel salarié. Je me demandais si ce sont des sujets dont vous voudriez également vous occuper ou non.

M. Davis: En ce qui concerne les produits pharmaceutiques, en Alberta, le programme pharmaceutique de la Croix bleue (Blue Cross) destiné aux personnes âgées de la collectivité est très largement subventionné.

Le sénateur Morin: Votre administration régionale n'est-elle pas habilitée à exercer un droit de regard sur les produits pharmaceutiques?

M. Davis: Non.

Le sénateur Morin: C'est bien ce que je voulais dire.

Mr. Davis: I do not feel that we have to control everything, but this debate has gone on since regionalization — should the physicians be part of regionalization, should all the pharmaceutical costs be included. There are pros and cons, and it goes back to the efficiency argument. Do you get more efficiencies and do you align incentives better? Maybe you do, but there are a lot of disruptions in that kind of change.

My perspective would be, as long as, from a policy point of view, we are coordinated with these programs, that is really our key.

Senator Morin: For example, for physician fees and also union negotiations, there is some advantage, of course, to having it more regionalized. I am not saying it is easy, but that might be considered.

Mr. Davis: The regions collectively undertake most of our union negotiations. We work together on it, and by and large, we have had a good process for working with the unions and have been able to resolve most issues.

The physician issue is an interesting one, and of course there have been experiments with different models all over the planet, from physician fund-holding to salaried physicians, to the fee-for-service model we have, and all have their pros and cons.

We are starting to see more movement of physicians voluntarily into either teams on the primary care side, or into a kind of contract model on the specialist side.

There is some evolution there, but it is not moving quickly.

Ms Weatherill: You did focus many paragraphs in your report on fee for service. In and of itself, fee for service is not all bad, in our opinion. I believe strongly that there needs to be a variety of payment systems for physicians. For some types of physicians, fee for service is a very good method of payment.

Senator Morin: My second question deals with the issue of stable funding from the federal government. Of course, that is an ideal situation. However, we have no guarantee that any government will give us stable funding. All provinces have both cut and increased their health care budgets at various times, and there is no guarantee that in the future, the federal government, for political reasons or because of economic conditions, will not change its funding. It is very difficult for governments.

Privately, I can decide that every year, I will pay \$1,000 on my dental health insurance. That is my decision, and that will be stable. However, when it comes to government, it is very difficult to have any guarantee that there will be stable funding in the future.

M. Davis: Je ne pense pas qu'il faille que nous contrôlions absolument tout, mais ce débat est à l'ordre du jour depuis la régionalisation — Les médecins devraient-ils prendre part à la régionalisation? Les coûts des produits pharmaceutiques devraient-ils être inclus? Il y a le pour et le contre et cela nous ramène au débat sur l'efficacité. Obtenez-vous plus d'efficacité et ce système est-il plus stimulant? C'est possible, mais ce type de changement entraîne aussi de nombreux dérèglements.

Mon opinion est que, tant que nos efforts sont bien coordonnés avec ces programmes d'un point de vue politique, notre réussite est assurée.

Le sénateur Morin: Par exemple, en ce qui concerne les honoraires des médecins et aussi les négociations syndicales, il existe bien entendu certains avantages à ce qu'ils soient plus régionalisés. Je ne dis pas que c'est facile à faire, mais cela pourrait être envisagé.

M. Davis: Les régions prennent en charge collectivement la plupart de nos négociations syndicales. Nous y travaillons ensemble et, d'une manière générale, nous avons mis en place un bon plan de travail avec les syndicats et avons été capables de résoudre la plupart des problèmes.

La question des honoraires des médecins est intéressante et différents modèles ont été expérimentés sur l'ensemble de la planète, allant de la rente allouée au médecin jusqu'au médecin salarié, en passant par le modèle de rémunération à l'acte que nous possédons; et tous ces modèles ont du pour et du contre.

Nous commençons à voir plus de mouvements volontaires chez les médecins, soit vers des équipes de soins primaires, soit vers une sorte de modèle avec contrat du côté des spécialistes.

Il y a là une évolution, mais elle reste lente.

Mme Weatherill: Vous avez consacré de nombreux paragraphes de votre rapport sur la rémunération à l'acte. En tant que tel, ce type de rémunération n'est pas entièrement mauvais à notre avis. Je suis convaincue qu'il doit exister plusieurs systèmes de paiement des médecins. Pour certaines catégories d'entre eux, la rémunération à l'acte est une bonne méthode de paiement.

Le sénateur Morin: Ma deuxième question porte sur le problème du financement stable par le gouvernement fédéral. Bien entendu, il s'agit d'une situation idéale. Toutefois, nous ne possédons aucune garantie que chaque gouvernement nous attribuera un financement stable. Toutes les provinces ont tour à tour réduit et augmenté leur budget de soins de santé à certains moments, et il n'existe aucune garantie que, dans l'avenir, le gouvernement fédéral ne modifiera pas son apport financier, que ce soit pour des raisons politiques ou économiques. Il s'agit d'une question difficile pour les gouvernements.

Personnellement, je peux décider que, chaque année, je paierai 1000 \$ pour mon assurance de santé dentaire. Cela ne regarde que moi et cette somme sera stable. En revanche, lorsqu'il s'agit d'un gouvernement, il est très difficile d'avoir la garantie qu'il y aura un financement stable dans l'avenir.

My next question has to do with the multiple-payer situation that would result if we introduced private health insurance in addition to the government payer system.

In the U.S., and in other countries where they have multiple payers, it would appear that this increases administrative costs — in the private system you have to count the number of pills and the cost of aspirin and so forth — and also regulation.

I am not all that impressed by the dangers of a monopoly under a single-payer system. I do not see the advantage of competition. I think the private insurance system is quite similar to the government system. They have the same advantages and disadvantages. I am not sure that competition would increase. I think this situation is quite different, and I think you have done very well as providers.

I think multiple providers are excellent. My last question is, what is your opinion of the private clinics that have been created under Bill 11? That was an interesting experiment, and I think that you might have an opinion on that.

Mr. Davis: Let me start. I would like to challenge your comment about governments not being able to provide stable funding, if that is permissible, Mr. Chairman. We hear this a lot, and it has been the history of health funding and other social program funding. When times have been good, generally it has increased; and when times are not as good, it has decreased. I think governments have a responsibility, first of all, to determine what the funding framework for health care will be and what their participation in it will be.

Our governments make their debt payments regularly. When the fiscal situation tightens up, I do not hear them saying, "The economy is not quite so good. We think we will pay you 10 per cent less." It just does not happen.

There has to be some political will and some political responsibility engendered around these large social programs that has not been there in the past. We need to understand the benefits of them; we need to understand how they will be funded. If there is to be a mix of funding sources, that is fine. The government has to participate in a realistic, responsible and consistent way.

They cannot be all over the map, because one thing that is really hurting the Canadian health care system from a planning point of view is that it is "stop and go." There has been a lot of stop and go over recent years. No wonder providers are disillusioned. People are trying to manage their lives around their careers. It is a very difficult to do, and very difficult to plan the system. It is also very confusing for the public.

Ma question suivante concerne la situation d'un système à souscripteurs multiples qui apparaîtrait si nous autorisions les assurances maladie privées en complément du système de paiement par le gouvernement.

Aux États-Unis et dans d'autres pays où le système à souscripteurs multiples est en vigueur, il semblerait que les coûts administratifs soient plus lourds — dans le système privé, il faut compter le nombre de pilules, le coût de l'aspirine, et ainsi de suite — ainsi que les procédures de réglementation.

Je ne suis pas vraiment effrayé par les dangers d'un monopole dans un système à souscripteur unique. Je ne vois pas l'avantage d'établir une concurrence. Je pense que le système d'assurances privées est assez proche du système gouvernemental. Ils ont les mêmes avantages et les mêmes inconvénients. Je ne suis pas certain que la concurrence augmenterait. Je pense que cette situation est assez différente et mon avis est que vous avez eu de très bons résultats en tant que fournisseurs de soins.

Je pense que le fait d'avoir plusieurs fournisseurs de soins est excellent. Ma dernière question sera: quelle est votre opinion sur les cliniques privées créées dans le cadre du projet de loi 11? Il s'agissait d'une expérience intéressante et je pense que vous possédez un avis à ce sujet.

M. Davis: Commençons par le commencement. Je voudrais faire une objection sur votre commentaire concernant l'incapacité des gouvernements à fournir un financement stable, si vous me le permettez, monsieur le président. Nous entendons cela très souvent et cela représente toute l'histoire du financement des programmes de santé et autres programmes sociaux. Lorsque les temps sont favorables, d'une manière générale, le financement augmente; et lorsque les temps sont plus difficiles, il baisse. Je pense tout d'abord que les gouvernements ont la responsabilité de déterminer le cadre de financement des soins de santé et l'étendue de leur participation dans ce cadre.

Nos gouvernements paient leurs dettes régulièrement. Lorsque la situation fiscale est plus tendue, je ne les entends pas dire: «L'économie n'est pas aussi bonne. Nous pensons que nous allons vous payer 10 p. 100 de moins.» Cela ne se passe pas ainsi.

Il doit exister une certaine volonté et une certaine prise de responsabilité politiques concernant ces programmes sociaux à grande échelle, choses qui ont manqué par le passé. Nous devons comprendre les avantages de ces programmes; nous devons comprendre comment ils seront financés. S'il doit exister plusieurs sources de financement, c'est très bien. Le gouvernement doit participer d'une façon réaliste, responsable et cohérente.

Il ne faut pas qu'il aille dans tous les sens, car la politique du «coup de frein et d'accélérateur» a réellement fait du mal au système canadien des soins de santé, du point de vue de la planification. Il y a eu de nombreux «coups de frein et d'accélérateur» ces dernières années. Il n'est pas étonnant que les fournisseurs de soins soient désabusés. Les gens essaient de gérer leur vie autour de leur carrière. C'est très difficile à faire et il est très difficile de planifier le système. C'est également très déroutant pour l'opinion publique.

To some extent, the different levels of government are trying to point the finger at each other, rather than coming together on how to really make it work for the benefit of all.

I do not think we should let federal or provincial governments off the hook, nor should regional health authorities on the delivery side of the system be let off the hook from working together.

Ms Weatherill: Just to add to Jack's perspective — because I totally agree — and to use the earlier analogy of highways and interchanges, if we have less government revenue or if the economic situation is not as positive, we can agree to pave fewer roads, and people can understand that. However, they really have a very difficult time understanding why they have to wait so much longer to have a procedure done, or even more catastrophic, why they perhaps experience a less positive health outcome because they did not get a test in time.

I say governments need to decide what level their funding will be, and then provide an environment in which the shortfall can be made up in a predictable way.

Senator Morin: It should be both levels of government.

Ms Weatherill: Indeed. Both levels, absolutely. The whipsawing between the levels is not helpful to us.

On the question of private clinics, I think we are into our second full year with the new legislation. And speaking from our own experience in Capital Health, it has allowed us to provide better oversight of clinics that were in place.

It provided additional rigour in monitoring and supervision, and follow-up if there were difficulties. It allowed us to create expectations about the academic mission that I spoke of earlier, such as what type of teaching requirements would the private clinics need to participate in.

By and large, there has not been a dramatic change in the volume or type of services that the clinics are providing.

From a practical, purely administrative point of view, it has taken additional effort to implement the new bill. I do not think that providers are particularly unhappy with the change. It has not been a big deal, and we are providing better oversight of the clinics.

There have been no dramatic shift of work from hospitals out to clinics and no initiation of overnight stays in either city, I believe. Dare I say that it has been a bit of a non-event?

Dans une certaine mesure, les différents niveaux de gouvernements essaient de se renvoyer la balle, plutôt que d'unir leurs efforts pour que le système fonctionne dans l'intérêt de tous.

Je ne pense pas que le gouvernement fédéral ou les gouvernements provinciaux devraient être mis à l'écart, de même que les administrations sanitaires régionales ne doivent pas être empêchées de travailler ensemble sur les questions de fourniture des soins.

Mme Weatherill: Juste pour compléter les commentaires de Jack — avec lesquels je suis entièrement d'accord — et en utilisant la comparaison concernant les routes et les échangeurs qu'il a employée précédemment, si nous avons moins de revenus gouvernementaux ou si la situation économique n'est pas aussi florissante, nous pouvons décider d'asphalter moins de routes et les gens peuvent comprendre cette décision. En revanche, ils ont vraiment beaucoup de difficultés à comprendre pourquoi ils doivent attendre bien plus longtemps avant de pouvoir subir un examen ou un traitement ou, pire encore, pourquoi peut-être leurs problèmes de santé se sont aggravés car ils n'ont pas pu subir un test à temps.

Je pense que les gouvernements doivent décider quel niveau de financement ils veulent engager, puis offrir un contexte où le déficit pourra être comblé d'une façon prévisible.

Le sénateur Morin: Vous parlez des deux niveaux de gouvernements.

Mme Weatherill: En effet. Des deux niveaux, absolument. Une querelle entre les deux niveaux ne nous aide pas du tout.

En ce qui concerne la question des cliniques privées, je pense que nous sommes présentement au terme de notre deuxième année complète avec la nouvelle législation. Et pour parler de notre propre expérience au Capital Health Authority, cette législation nous a permis d'assurer un meilleur suivi des cliniques qui étaient en place.

Elle a offert une rigueur supplémentaire dans les procédures de surveillance et de supervision, ainsi qu'une possibilité de suivi en cas de problème. Elle nous a permis d'établir des schémas à propos de la mission universitaire dont je parlais précédemment, avec par exemple le type d'exigences en matière d'enseignement auxquelles les cliniques privées doivent répondre.

D'une manière générale, il n'y a pas eu de changements impressionnants dans le volume ou le type de services offerts par les cliniques.

D'un point de vue pratique et purement administratif, la mise en œuvre du nouveau projet de loi a demandé des efforts supplémentaires. Je ne pense pas que les fournisseurs de soins soient particulièrement mécontents de ce changement. Cela n'a pas été une grosse affaire à mettre en place et nous offrons à présent un meilleur suivi des cliniques.

Nous n'avons pas constaté de migration importante de la main-d'œuvre des hôpitaux vers les cliniques, ni d'augmentation des séjours de plus de 24 heures dans aucune des deux villes, je crois. Oserais-je dire qu'il s'est agi en quelque sorte d'un non-événement?

The Chairman: It is always dangerous in public policy; however, we like the prediction.

Senator LeBreton: I am very interested in the home care, because there is not a lot of uniformity across the country. I think Alberta is probably way ahead.

Ms Weatherill: If I could make a comment on home care, something incredibly near and dear to my heart, and I would just like to compliment the Province of Manitoba for having done a lot of the very fine groundwork for how we understand home care in the Canadian context. Much of what we have done in Alberta was based on the experience in Manitoba.

However, I would caution you that it is not the solution to everyone's problems. Most older people — and I have been through this with both sets of parents now — do prefer to stay in their own homes as long as possible. Most people actually prefer to get out of hospital quickly too, if they can get good support at home. Much of the time, it is the right thing, but not all the time.

It is not one size fits all and it is not going to fix everything — our long experience in Alberta has shown that. I know there are colleagues of mine in the audience today who have had a lot of experience with home care. We have members from our community health councils here today, and they would tell you that the home care system in Alberta is still far from perfect, especially from the coordination point of view.

That is why, when I answered earlier, I said there is still lots of work to be done. However, it is relatively comprehensive. I looked at our database yesterday because I had a feeling you would ask questions about home care. We have a couple of children on home care who are incredibly well cared for at home, but it is very expensive and a huge responsibility for their family, even with this tremendous support. It is not the perfect solution for all families.

Senator LeBreton: Home care does fall to the women of the family a lot of the time, so I would be very interested in that.

However, Mr. Davis, on the issue of stable funding, some of us, you may recall, advocated a sixth condition for health care, and that was stable, permanent, long-term funding. It seems to make eminent sense to index it to population growth, aging and inflation.

I am just wondering why that has not happened. It seems to be one of those simple, common sense approaches that get overlooked.

Le président: Il est toujours dangereux de parler ainsi lorsqu'il s'agit de politique gouvernementale; toutefois, nous aimons une telle prévision.

Le sénateur LeBreton: Les soins à domicile m'intéressent vraiment beaucoup, car il ne semble pas y avoir une grande uniformité à travers le pays. Je pense que l'Alberta est probablement très en avance à ce sujet.

Mme Weatherill: Si je peux me permettre de faire un commentaire sur les soins à domicile, un sujet qui me tient tout particulièrement à cœur, je voudrais juste féliciter la province du Manitoba qui a effectué une grosse partie du travail de base nous ayant permis de déterminer comment nous comprenons les soins à domicile dans le contexte canadien. Une grande partie de ce que nous avons fait en Alberta s'est basé sur les expériences vécues au Manitoba.

Toutefois, je voudrais souligner que les soins à domicile ne constituent pas la solution à tous les problèmes. La plupart des personnes âgées — et j'ai vécu cela avec mes parents et mes beaux-parents — préfèrent rester chez eux aussi longtemps que possible. La plupart des gens préfèrent également sortir de l'hôpital rapidement, s'ils ont la possibilité de recevoir de l'aide à domicile. Très souvent, il s'agit de la bonne décision, mais pas toujours.

Ce n'est pas une solution universelle et cela ne permettra pas de répondre à tous les problèmes — notre longue expérience en Alberta est là pour nous le prouver. Je sais que certains de mes collègues présents aujourd'hui ont une très grande expérience en matière de soins à domicile. Certains membres de nos conseils communautaires de santé sont ici aujourd'hui et pourraient vous dire que le système de soins à domicile en Alberta est encore loin d'être parfait, en particulier du point de vue de la coordination.

C'est pourquoi, lorsque j'ai répondu à votre question il y a quelques instants, j'ai dit qu'il restait encore beaucoup de travail à accomplir. Toutefois, ce programme est relativement complet. J'ai consulté notre base de données hier, car j'avais le sentiment que vous me poseriez des questions à propos des soins à domicile. Nous avons quelques enfants qui bénéficient d'un programme de soins à domicile; ils sont extrêmement bien soignés chez eux, mais cela représente des dépenses très importantes et une énorme responsabilité pour leur famille, même avec le soutien considérable qu'apporte le programme. Cela n'est pas la solution parfaite adaptée à toutes les familles.

Le sénateur LeBreton: Dans une famille, les soins à domicile sont souvent assurés par la femme et je serais donc certainement très intéressée par ce programme.

En revanche, monsieur Davis, pour revenir à la question du financement stable, certains d'entre nous, vous vous en souvenez peut-être, ont soutenu une sixième condition applicable aux soins de santé, et il s'agissait d'un financement à long terme, stable et continu. Il semble en effet qu'il soit indispensable de l'indexer sur la croissance et le vieillissement de la population, ainsi que sur l'inflation.

Je me demandais tout simplement pourquoi cela n'a pas eu lieu. Il semble qu'il s'agisse d'une de ces démarches simples et élémentaires qui continuent à être ignorées.

Mr. Davis: We do have a funding formula in Alberta that allocates on that basis, but the federal government does not — and again, I do not want to be critical of my federal colleagues, because they are wrestling with a myriad of complex fiscal and policy issues.

The Chairman: Just so you are clear, a lot of us around this table, in fact, I think all of us around the table, are often critical of our federal government.

Mr. Davis: In that case, I will say that this has not resonated with the federal government. Quite frankly, a little less than 70 cents of every personal income tax dollar raised in Alberta goes to Ottawa.

It is the same argument that municipalities use effectively with provincial governments, “You raise most of the provincial revenue. Our tax base is not large enough to support the infrastructure development we need in our communities.”

It is absolutely true with health care. The federal government is the major tax “receiver,” if I can put it that way, in the country, and health care is the major social program. From the person on the street’s perspective, it seems silly that the two levels of government cannot put together a proper funding balance based on the revenues they receive and the importance of the program.

Now, I am not necessarily advocating that all of this should come out of the tax base. I do think we need to start exploring other ways that put consumer power into the hands of the patient and produce properly aligned incentives.

A lot of the difficulties in the health care system in Canada today could be avoided if the federal government funded their contribution in an open, transparent and sensible way. In Alberta, health care is 33 per cent of the budget. I believe in some other provinces it is now approaching 50 per cent.

In good times, equalization payments pick that up. However, when the economy tightens up, that money may not be there, and that is going to put those provinces in a deficit position.

Now the Prime Minister and the premiers meet once every two years for dinner and decide that a certain amount of money will be allocated from the federal government on the basis of which nobody can understand. All of this allocation, of course, is over a significant number of years, so it sounds like a huge amount of money in the short term, but it really is not.

That is not going to get the job done of managing a \$60-billion-a-year enterprise through ten provinces and two territories in an organized, professional way.

M. Davis: Nous avons une formule de financement en Alberta qui alloue des fonds sur cette base, mais le gouvernement fédéral n’en a pas — et une fois encore, je ne veux pas critiquer mes collègues fédéraux, car ils se battent avec une myriade de questions fiscales et politiques complexes.

Le président: Juste pour vous rassurer, nombre d’entre nous autour de cette table, en fait, toutes les personnes autour de cette table, je pense, sont souvent critiquées à l’égard de notre gouvernement fédéral.

M. Davis: Dans ce cas, je dirai que nous n’avons pas trouvé d’écho auprès du gouvernement fédéral. Très franchement, un tout petit peu moins de 70 p. 100 de l’impôt sur le revenu des particuliers perçu en Alberta est versé à Ottawa.

Il s’agit du même argument que les municipalités utilisent en fait avec les gouvernements provinciaux: «Vous percevez la plupart des recettes provinciales. Notre assiette fiscale n’est pas assez importante pour financer le développement de l’infrastructure dont nous avons besoin dans nos collectivités.»

Ceci est absolument vrai en ce qui concerne les soins de santé. Le gouvernement fédéral est le plus important «percepteur» d’impôts du pays, si je peux m’exprimer ainsi, et les soins de santé représentent le programme social principal. Du point de vue de l’opinion publique, il semble inconcevable que les deux niveaux de gouvernement soient incapables de mettre au point un système de financement approprié et équilibré, basé sur les recettes qu’ils perçoivent et sur l’importance du programme.

Cela dit, je ne défends pas forcément l’idée que tout le financement devrait provenir de l’assiette fiscale. Je pense que nous devons commencer à étudier d’autres possibilités qui placeraient plus de pouvoir de décision entre les mains du patient et offrirait des aspects plus stimulants.

De nombreuses difficultés existant aujourd’hui dans le système de soins de santé au Canada pourraient être évitées si le gouvernement fédéral apportait sa contribution financière d’une manière ouverte, claire et raisonnée. En Alberta, les soins de santé représentent 33 p. 100 du budget. Je crois que, dans certaines autres provinces, leur part frise les 50 p. 100.

Lorsque la conjoncture est favorable, les paiements de péréquation fiscale couvrent ces dépenses. En revanche, lorsque l’économie est moins florissante, cet argent peut ne pas être disponible et ces provinces seront alors placées dans une position déficitaire.

Présentement, le premier ministre fédéral et les premiers ministres provinciaux se rencontrent tous les deux ans lors d’un souper d’affaires et décident qu’une certaine somme d’argent sera allouée par le gouvernement fédéral, selon une logique que personne ne comprend. Cette somme est bien entendu allouée sur un nombre important d’années, et il semble qu’elle représente une quantité d’argent considérable sur le court terme, alors qu’il n’en est rien.

Ce type de pratique n’est réellement pas adapté pour gérer d’une manière organisée et professionnelle un budget de 60 milliards de dollars par an en prenant en compte dix provinces et deux territoires.

Senator LeBreton: I actually made a note of your comment about viewing the patient as a consumer, and I think it is something we should bear in mind. There is not enough of that.

Senator Roche: Mr. Chairman, would you permit me, as an Albertan, to say how proud I am of these two great health leaders? No wonder Jeffrey Simpson was impressed. We came out here and found that these elite Easterners were also coming here to find out what has been done in the West.

Mr. Davis and Ms Weatherill, I want to pursue this question of stable funding. I think it is at the heart of what we are really trying to do here.

Mr. Davis, when you made your opening presentation this morning, your last statement, if I heard you correctly, was that you could not see how the system can be adequately financed. You have been elaborating on this a little.

Could you just take me through what, from your experience, you think is the proper funding balance between federal government and provincial government? Are you saying that we may not be able to depend entirely on the tax base for funding health care in the 21st century, with all the expansions that we have been noting?

In addition to that, what is the right proportion between the tax base and private funding? Can you take me through some of your thinking?

Mr. Davis: I do not want to sound like a tax expert. I have former colleagues in the Ministry of Finance who would probably say, "He is the last guy who should be talking about this." However, just generally, I think there are a few things that governments have to look at.

Clearly, governments want to hold general income taxes at current levels or reduce them, and that has a lot to do with international competitiveness and all kinds of things. That does seem to be the prevailing opinion of all of the provinces and the federal government, irrespective of political stripe.

We have not really looked seriously at dedicated taxes in this country. The United States uses them; a lot of European countries do. The interstate highway system has been built with dedicated fuel taxes. Is there a problem with a dedicated health tax? I am not sure there is. I think we let corporations off the hook on health in this country in a spectacular way.

Health care is a huge cost to every corporation in the United States. They like their personal income tax rate; they like their corporate income tax rate. However, \$5,000 of the cost of every

Le sénateur LeBreton: J'ai pris en note votre commentaire où vous considérez le patient comme un consommateur, et je pense qu'il s'agit de quelque chose que nous devons garder en tête. Ce n'est pas quelque chose qui apparaît assez fréquemment.

Le sénateur Roche: Monsieur le président, voulez-vous me permettre de dire combien, en tant qu'Albertain, je suis fier de ces deux grands dirigeants dans le domaine de la santé? Il n'est pas étonnant que Jeffrey Simpson ait été impressionné. Nous sommes venus ici et avons pu constater que des gens de l'est faisant partie de l'élite sont également venus pour découvrir ce qui a été fait dans l'ouest.

Monsieur Davis et madame Weatherill, je voudrais poursuivre sur cette question de financement stable. Je pense qu'elle se situe au cœur du problème sur lequel nous concentrons nos efforts aujourd'hui.

Monsieur Davis, lorsque vous avez fait votre présentation d'introduction ce matin, votre dernière déclaration, si je vous ai bien compris, consistait à dire que vous ne voyiez pas comment le système pourrait être financé de façon appropriée. Vous avez ensuite débattu un peu plus amplement sur ce sujet.

Pourriez-vous tout simplement m'indiquer ce qui, à votre avis, semble être une répartition appropriée et équilibrée entre le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial en matière de financement? Êtes-vous en train de dire que nous ne pourrions peut-être pas dépendre entièrement de l'assiette fiscale pour assurer le financement des soins de santé au XXI^e siècle, à cause de tous les développements que nous avons pu noter?

En plus de cela, quelle est la répartition entre l'assiette fiscale et le financement privé qui vous semble être la plus adaptée? Pouvez-vous me faire part plus en détail de vos réflexions?

M. Davis: Je ne veux pas donner l'impression que je suis conseiller fiscal. Certains de mes anciens collègues du ministère des Finances diraient probablement: «C'est la dernière personne qui devrait parler de cela.» Toutefois, juste pour parler d'une manière générale, je pense que les gouvernements devraient considérer un certain nombre de choses.

En clair, les gouvernements veulent maintenir l'impôt général sur le revenu à son niveau actuel ou parlent même de le réduire, ce qui est étroitement lié à la concurrence internationale et à toutes sortes de choses. Cela ne semble pas être l'idée couramment admise par les provinces et par le gouvernement fédéral, quelle que soit leur couleur politique.

Nous n'avons jamais sérieusement considéré dans ce pays les impôts spécialement affectés. Les États-Unis et de nombreux pays d'Europe les utilisent. Le réseau autoroutier inter-États a été construit grâce à des impôts spéciaux sur l'essence. Quel serait le problème d'un impôt spécialement affecté à la santé? Je ne pense pas qu'il y aurait de problème. Je pense que nous laissons à l'écart d'une manière spectaculaire les entreprises en matière de santé dans ce pays.

Les soins de santé représentent un coût énorme pour toutes les entreprises aux États-Unis. Les Américains apprécient leur taux d'imposition sur le revenu des particuliers ainsi que celui appliqué

automobile rolling off the assembly line in Detroit is for health care.

We might be able to do something on the dedicated tax side. I do believe firmly, though, in putting consumer power in the hands of patients. That means government dollars follow the patients, or, where there is an insurance method, they participate. When you pay, you have more power. When you do not, you have less.

That is a brief overview of where more tax money might be found on the consumer side. As to the relative split between the federal and provincial governments, I do not know what the right number is, but again, this is the major social program in Canada. There are huge socio-economic benefits to our health care system.

Governments need to recognize that and to participate extensively in funding and providing the policy direction framework. That is not to say that there should not be consumer participation.

The federal government, as the major revenue generator in the country, cannot evade this. On the other hand, a lot of the provinces would say, "Look, we do not want the federal government any more involved in health care policy than they already are." I think provinces have to say, "We do need to start working as a national team on health care, because it does differentiate us as Canadians."

Why not make this the best it can be, rather than fighting amongst ourselves over who will carry the can for it not working? To me, that is the huge disappointment in what I have seen in the last few years, notwithstanding that a number of jurisdictions have made some very good progress.

I think the federal government has also tried to do some things, but we do not see this national team effort on health that there could and should be.

Ms Weatherill: A lot of effort is put into holding personal taxes down, and I agree with Jack about the corporate side too. However, at the same time we are doing that, we are withholding choice from the users of the system. That is the argument that I am starting to hear, and people are losing patience quickly when they wait so long for some things.

I am surprised that there has been no discussion with the public. What does the public want to do about this? Maybe they do want to pay more tax. Maybe they do want a dedicated tax. Maybe they would prefer that over some other methods of financing the health system.

I have been very puzzled, since this became more of a public discussion, about why the public has not been asked a focused question, rather than people like us.

aux entreprises. Toutefois, pour chaque automobile sortant des chaînes d'assemblage de Détroit, 5 000 dollars sont consacrés aux soins de santé.

Nous devrions être capables de faire quelque chose en ce qui concerne les impôts spécialement affectés. Je crois néanmoins fermement qu'il faut placer le pouvoir de décision entre les mains des patients. Cela signifie que les fonds publics suivent les patients ou que, dans le cas d'une méthode faisant appel aux assurances, ceux-ci participent. Lorsque vous payez, vous avez plus de pouvoir de décision. Lorsque vous ne payez pas, vous en avez moins.

Il s'agit là d'un bref aperçu des endroits où plus d'argent pourrait être prélevé sous forme d'impôt du côté du consommateur. Quant à la répartition du financement entre le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial, je ne sais pas quel serait le chiffre approprié, mais encore une fois, il s'agit d'un programme social important au Canada. Notre système de soins de santé offre d'énormes avantages socio-économiques.

Les gouvernements doivent le reconnaître et participer largement à son financement et à l'élaboration du cadre de travail définissant ses orientations. Cela ne veut pas dire que le consommateur ne doit pas lui-même y participer.

Le gouvernement fédéral, principal générateur de recettes dans le pays, ne peut échapper à cette question. D'autre part, de nombreuses provinces pourraient dire: «Écoutez, nous ne voulons pas que le gouvernement fédéral s'engage dans les politiques de soins de santé plus qu'il ne le fait présentement.» Je pense que les provinces devraient dire: «Nous devons commencer à travailler en équipe sur les problèmes de soins de santé, car c'est ce qui nous distingue en tant que Canadiens.»

Pourquoi ne pas essayer de faire le mieux possible, au lieu de se battre entre nous pour savoir qui sera désigné responsable de l'échec du système? Pour ma part, cet échec représente une déception énorme, pour ce que j'ai pu voir au cours des dernières années, même si un certain nombre de régions administratives ont réalisé une très belle progression.

Je pense que le gouvernement fédéral a également essayé de faire certaines choses, mais nous ne voyons pas cet esprit d'équipe national qui pourrait et devrait exister dans le domaine de la santé.

Mme Weatherill: De nombreux efforts sont déployés pour maintenir les impôts sur le revenu des particuliers à un niveau faible, et je suis également d'accord avec Jack en ce qui concerne les entreprises. Toutefois, en faisant cela, nous empêchons les usagers du système de choisir. C'est un point de vue que je commence à entendre et les gens perdent vite patience lorsqu'ils ont à attendre aussi longtemps pour obtenir certaines choses.

Je suis surprise qu'il n'y ait eu aucune discussion avec le public. Quelle est son opinion à ce sujet? Peut-être les gens sont-ils prêts à payer plus d'impôts. Peut-être sont-ils ouverts à l'idée d'un impôt spécialement affecté. Peut-être préféreraient-ils cela à d'autres méthodes de financement du système de santé.

Je suis sidérée que, puisque cette question est devenue le centre d'un débat plus ouvert au public, l'opinion publique n'ait pas été consultée au moyen d'une question précise, plutôt que des personnes comme nous.

Senator Roche: Are you thinking that maybe we ought to recommend a dedicated corporate tax?

Mr. Davis: We must try to come at this from the value proposition. The health system brings huge value to all elements of society, including corporate Canada. I do not think we should let corporate Canada off the hook as we lower corporate taxes. We should be asking, "How do you want to participate in this?"

There is no magic source of revenue. It will come from individuals or companies, whether through taxation or insurance. Large employers, in particular, need to recognize the very significant benefit of the health system.

The Chairman: I was in Nova Scotia when medicare began there in 1968. There had been no provincial sales tax until then. They introduced a provincial sales tax, but they did not call it that; they called it a "health services tax."

This practice has long since disappeared, but for the first five or six years, the money went into a separate account and was essentially an earmarked tax. The accounting was strictly for health care expenditures, and I do not think that was unique to Nova Scotia at the time. I think a couple of other provinces did this too.

You may not know the answer to my last question, but you may be able to tell us where to find the answer. When we look at the percentage of the population who have drug plans, all of the Western provinces, with the exception of Alberta, are at 100 per cent. Alberta is at 83 per cent.

Drug insurance is available to everybody through your provincially subsidized Blue Cross plan. Do you have any idea why Alberta would be unique, in the sense that a significant portion of the population has not taken advantage of subscribing to a drug plan? If they cannot get it through their employer, there is the Blue Cross one. You can sign up as an individual. Is there some unique reason? Do we know who those people are?

Mr. Davis: I would have to have a look at that.

The Chairman: It is more a matter of curiosity to me than anything else, because it may tell us something about what a drug plan ought to look like if we were to ultimately move to a national program. Obviously there is consumer choice. You do not have to sign up for the Blue Cross program, and it would be interesting to know why people do, and in particular, the demographics of that.

Le sénateur Roche: Pensez-vous que nous devrions peut-être recommander l'établissement d'un impôt spécial sur les entreprises?

M. Davis: Nous devons essayer d'arriver à cela à partir d'une proposition vue sous l'angle des avantages du système. Le système de santé apporte des avantages considérables à tous les éléments de la société, y compris au Canada des entreprises. Je ne pense pas que nous devrions tenir le Canada des entreprises à l'écart, alors que nous baissons le niveau des impôts sur les entreprises. Nous devrions demander: «Comment voulez-vous participer à ce programme?»

Il n'existe pas de source magique de recettes. Ces recettes viendront des individus ou des entreprises, que ce soit par la voie des impôts ou des assurances. Les gros employeurs, en particulier, doivent reconnaître les avantages très significatifs du système de santé.

Le président: J'étais en Nouvelle-Écosse lorsque le régime d'assurance-maladie a été lancé là-bas en 1968. Il n'existait aucune taxe de vente provinciale jusqu'alors. Une taxe de vente provinciale a alors été introduite, même si elle ne s'appelait pas comme cela: elle était appelée «taxe pour les services de santé.»

Ce type de pratique a maintenant disparu depuis longtemps, mais pendant cinq ou six ans, l'argent allait dans un compte séparé et était essentiellement un impôt spécifique. Il était uniquement utilisé pour couvrir les dépenses de soins de santé et je ne crois pas que cette situation était uniquement rencontrée en Nouvelle-Écosse à cette époque. Je pense que quelques autres provinces ont également utilisé ce système.

Vous ne connaissez peut-être pas la réponse à ma dernière question, mais vous pourrez sans doute nous dire où la trouver. Lorsque nous consultons les chiffres concernant le pourcentage de personnes bénéficiant d'une assurance-médicaments, nous constatons que, dans toutes les provinces de l'ouest sauf l'Alberta, ce pourcentage est de 100 p. 100. En Alberta, il est de 83 p. 100.

L'assurance-médicaments est accessible à tous par le biais de votre plan de la Croix bleue (Blue Cross) subventionné par la province. Savez-vous pourquoi l'Alberta constitue une exception, en ce sens qu'une partie significative de la population n'a pas profité de la possibilité de souscrire à l'assurance-médicaments? Si ces personnes ne peuvent en bénéficier par l'intermédiaire de leur employeur, elles peuvent quand même souscrire à l'assurance de la Croix bleue. Vous êtes autorisé à souscrire en tant qu'individu. Existe-t-il une seule raison expliquant cette situation? Savez-vous qui sont ces personnes?

M. Davis: Il faudrait que j'effectue des recherches sur ce point.

Le président: C'est plus pour moi une question de curiosité qu'autre chose, car ces données seraient susceptibles de nous apprendre à quoi une assurance-médicaments devrait ressembler, si nous devons passer un jour à un programme national. Bien entendu, le choix du consommateur entre en ligne de compte. Vous n'êtes pas tenu de souscrire au programme de la Croix bleue et il serait intéressant de voir pourquoi les gens le font, en particulier d'un point de vue démographique.

Mr. Davis: They may have signed up with another plan, though.

The Chairman: No. We have data on the percentage of Albertans who do not belong to a plan. We know one is available, and yet 17 per cent do not have any drug plan. I am just curious as to why people have not taken advantage of it.

Ms Weatherill: I do not know. We will find out.

Mr. Davis: I think it is worth looking at the WCB model, and you have probably done that as you travelled across the country. We talk about whether we have two-tier health care in Alberta or Canada right now. Clearly, there are multi-tiers, and in workers' compensation, both employers and individuals participate. They also participate in the health care portion in most provinces.

The Chairman: All kinds of people in the health care system, and policy-makers in particular, were stunned by our comment in our report that, in a sense, WCB operates as a second tier in every province. They get priority on waiting lists. In some provinces, they actually have acute care beds held in reserve for them.

In most provinces where doctors' incomes are capped, fee for service to WCB patients is not counted under the cap. Therefore, a parallel system clearly exists, and I think your point is, what, if anything, can we learn from WCB? It is an interesting question. We were shocked to learn that this was going on and nobody knew about it.

Senator Morin: Everybody should be part of the WCB.

Senator Marjory LeBreton (*Deputy Chairman*) in the Chair.

The Deputy Chairman: The chairman will be not available for the next two sets of witnesses. I am going to introduce our witnesses, and we will add one more person to the table, not for the purpose of making a presentation, but to answer questions after.

I would like to welcome Pat Fredrickson, president of the Canadian Practical Nurses Association; Dr. Donna Wilson, from the University of Alberta, Faculty of Nursing; Elisabeth Ballermann, Health Sciences Association of Alberta; and Sharon Richardson, Alberta Association of Registered Nurses. We are also inviting to the table, Heather Smith, who is president of the United Nurses of Alberta.

Ms Pat Fredrickson, President, Canadian Practical Nurses Association: Good morning to everyone. I am pleased to be here as president of the Canadian Practical Nurses Association. As a

M. Davis: Il est néanmoins possible qu'ils aient souscrit à un autre plan.

Le président: Non. Nous avons des données sur le pourcentage d'Albertains qui n'ont souscrit à aucun plan. Nous savons qu'un plan est proposé et pourtant, 17 p. 100 de la population n'a aucune assurance-médicaments. Je suis juste curieux de savoir pourquoi ces gens ne profitent pas de ce plan.

Mme Weatherill: Je ne sais pas. Nous allons nous renseigner.

M. Davis: Je pense que cela vaut la peine de considérer le modèle de la Commission des accidents du travail, et vous l'avez probablement fait en vous déplaçant à travers le pays. Nous débattons pour savoir si nous avons présentement des soins de santé à deux vitesses en Alberta ou au Canada. En clair, il existe plusieurs vitesses, et dans le cas de l'indemnisation des accidents du travail, les employeurs et les individus participent. Ils participent également à la partie consacrée aux soins de santé dans la plupart des provinces.

Le président: Toutes les catégories de personnes travaillant dans le système des soins de santé, et les décideurs en particulier, ont été abasourdis par le commentaire figurant dans notre rapport et déclarant que, dans un sens, la Commission des accidents du travail fonctionne à un niveau privilégié dans chaque province. Elle a la priorité sur les listes d'attente. Dans certaines provinces, des lits de soins actifs sont même gardés en réserve pour elle.

Dans la plupart des provinces où les revenus des médecins sont plafonnés, le plafond ne tient pas compte des rémunérations à l'acte pour les patients envoyés par la Commission des accidents du travail. Par conséquent, il existe clairement un système parallèle, et je pense que vous vous posez la question de savoir quelles leçons nous pouvons tirer de l'exemple de la Commission des accidents du travail, si tant est que nous puissions en tirer quelque chose. Il s'agit d'une question intéressante. Nous avons été choqués d'apprendre que cette situation existait et que personne n'était au courant.

Le sénateur Morin: Tout le monde devrait faire partie de la Commission des accidents du travail.

Le sénateur Marjory LeBreton (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

La vice-présidente: Le président ne sera pas disponible pour recevoir nos deux prochains groupes d'intervenants. Je vais vous présenter nos intervenants et nous aurons une personne supplémentaire autour de la table, non pas pour effectuer une présentation, mais pour répondre aux questions après.

Je voudrais souhaiter la bienvenue à Mme Pat Fredrickson, présidente de la Canadian Practical Nurses Association, à la Dre Donna Wilson, de la faculté de soins infirmiers de l'Université de l'Alberta, à Mme Elisabeth Ballermann, de l'Health Sciences Association of Alberta et à Mme Sharon Richardson, de l'Alberta Association of Registered Nurses. Nous invitons également autour de la table Mme Heather Smith, présidente d'United Nurses of Alberta.

Mme Pat Fredrickson, présidente de la Canadian Practical Nurses Association: Bonjour à toutes et à tous. Je suis heureuse d'être ici en tant que présidente de la Canadian Practical Nurses

committee, you have the unenviable task of taking a structure that you describe as "19th century" and trying to move it into the 21st century.

In your interim report, you have identified two human resource issues that clearly require the attention of all governments, federal, provincial and territorial. Those issues are, how to make the best use of the full spectrum of differently qualified health professionals so that the full range of abilities of each is productively employed, and how to recruit, train and retain an adequate supply of health care professionals who can adapt to the changing health care needs of the Canadian population.

The health human resource issue is a major one. It is not only unlikely that there will be a "quick fix," as you say, to the human resource problems, we would venture to say it is next to impossible. The system and the attitudes did not develop overnight, nor will they disappear any time soon. The human resource needs will be increasingly impacted by the changing demographics in our country, including an increasing aging population and a declining birth rate. In any profession, trade or occupation, there are shortages of workers across the country.

Nursing, by virtue of the sheer numbers, will be especially hard hit. The Canadian Nurses Association projects the shortage of registered nurses will be anywhere from 59,000 to 113,000 by the year 2011. However, we will not have to wait that long to see the need for nurses. There are already shortages right across the country. This underscores the urgent need for Canada's health care system to more effectively utilize the health care workforce to its full potential.

Licensed practical nurses are a part of the solution to the nursing crisis. LPNs are both a practical and cost-effective way of alleviating the shortage of nurses and averting an even more serious nursing crisis. We would strongly support a move away from the hierarchical way of thinking to your assumption that each profession has its particular strengths, and these all need to be properly valued and deployed.

Just as the registered nurse's education and scope of practice has expanded in recent years, so has that of the LPN. The LPN education has moved from skill-based training to knowledge-based education. The LPN's role and scope of practice has evolved to assume many competencies once only performed by the RN. The national nursing competency project, completed in 1996, identified that the competencies of the LPN overlap with those of the RN from 50 to 70 per cent.

Association. La tâche peu enviable de votre comité est de faire entrer dans le XXI^e siècle une structure que vous qualifiez de «datant du XIX^e siècle.»

Dans votre rapport provisoire, vous avez identifié deux problèmes de ressources humaines qui nécessitent clairement l'attention de tous les gouvernements, que ce soit fédéral, provinciaux ou territoriaux. Ces problèmes sont les suivants: comment utiliser au mieux l'éventail complet de professionnels de la santé ayant des compétences différentes, afin de s'assurer que les capacités de chacun sont employées de manière productive et comment recruter, former et maintenir en poste une quantité appropriée de professionnels des soins de santé pouvant s'adapter au changement des besoins de la population canadienne en matière de soins de santé?

La question des ressources humaines dans le domaine de la santé est une question très importante. Non seulement il est peu probable que les problèmes de ressources humaines trouveront une «solution rapide», comme vous le soulignez, mais nous oserions même dire que cela est pratiquement impossible. Le système et les comportements ne se sont pas mis en place du jour au lendemain, et ils ne disparaîtront pas prochainement. Les besoins en ressources humaines subiront de plus en plus les effets du changement démographique dans notre pays, y compris le vieillissement de la population et le déclin du taux de natalité. Dans tous les métiers, professions ou emplois, il existe une pénurie de personnel à travers le pays.

Les professions liées aux soins infirmiers, en vertu même des chiffres, seront frappées particulièrement durement par ce phénomène. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada prévoit que la pénurie en infirmières accréditées se situera entre 59 000 et 113 000 d'ici à l'année 2011. Toutefois, nous n'aurons pas à attendre aussi longtemps pour s'apercevoir du manque d'infirmières. Il existe déjà une pénurie à travers tout le pays. Cela souligne le besoin urgent qu'a le système de soins de santé au Canada d'utiliser plus efficacement et à plein rendement la main-d'œuvre spécialisée en soins de santé.

L'emploi d'infirmières auxiliaires autorisées constitue une solution partielle à la crise des professions liées aux soins infirmiers. Les infirmières auxiliaires autorisées peuvent de façon pratique et rentable compenser la pénurie en infirmières et éviter une crise encore plus grave. Nous soutiendrions fortement l'abandon de la façon de penser en termes hiérarchiques au profit de votre hypothèse voulant que chaque profession a ses propres forces et que celles-ci doivent être correctement mises en valeur et utilisées.

Exactement comme pour les infirmières accréditées, le programme de formation et le cadre des fonctions des infirmières auxiliaires autorisées s'est élargi ces dernières années. Le programme de formation des infirmières auxiliaires autorisées est passé d'une formation basée sur les aptitudes à une formation basée sur les connaissances. Leur rôle et le cadre de leurs fonctions ont évolué vers de nombreux domaines de compétences autrefois réservés aux infirmières accréditées. Le projet national de compétence en soins infirmiers, achevé en 1996, a montré que 50 à 70 p. 100 des compétences des infirmières auxiliaires autorisées et des infirmières accréditées sont équivalentes.

In many provinces in the last couple of years, provincial legislation has removed barriers and moved away from the premise that LPNs work under the direction of a registered nurse towards the notion that, based on their knowledge, they work within their defined scope of practice.

Yet the LPN remains wilfully underutilized. Examples in this country of where the knowledge and skills of LPNs are used to their full scope of practice are few and far between. In Ontario, the practical nurses in the community practice in an autonomous role as full members of the health care team, utilizing all of their knowledge and skills.

They also have supervisory or managerial roles in long-term care, yet in acute care, face barriers that restrict or eliminate their roles. The greatest underutilization is also where there is the greatest shortage of registered nurses. The biggest barrier to the utilization of the LPN is in the facilities, where the unions protect the turf of the registered nurse through restrictive collective agreements.

Our goal as licensed practical nurses is not to replace the registered nurse, but to seek due respect in a complementary role for the knowledge and skills that we bring to the health care system.

You asked what role the federal government will have in the development of a national human resource plan. You may be encouraged to know that the federal government will have a huge role as the primary funder of the national nursing sector study announced last week by the Human Resources minister. This study will provide labour market information to address the current and future supply of the three nursing groups.

It will conduct a comprehensive analysis of the long-term human resource issues and challenges facing the nursing occupational groups in each of the main employment sectors. It will examine the application of nursing knowledge, skill and competencies of the three regulated nursing occupational groups within the context of the health needs of the population, and provide necessary information and recommendations to support the development and implementation of a Canada-wide, integrated human resource strategy.

While studies are important, nothing will change without leadership, a willingness to change the way we do business and our attitudes, and a willingness to recognize that there is enough room, and need, for everyone in the system. Today, because of nursing shortages, all nurses are overworked, and RNs particularly

Dans de nombreuses provinces, ces dernières années, la législation provinciale a éliminé la contrainte pour les infirmières auxiliaires autorisées de travailler sous la direction d'une infirmière accréditée, pour la remplacer par le concept voulant que, selon leurs connaissances, elles puissent travailler dans le cadre défini de leurs fonctions.

Pourtant, les infirmières auxiliaires autorisées sont encore délibérément sous-utilisées. Les cas où leurs connaissances et leurs compétences sont utilisées à fond dans le cadre de leurs fonctions sont rares dans ce pays. En Ontario, les infirmières auxiliaires exercent leur métier au sein de la collectivité, en tant que membres à part entière de l'équipe fournissant des soins de santé et en utilisant toutes leurs connaissances et leurs compétences.

Elles ont également des rôles de supervision et de direction dans les services de soins de longue durée; en revanche, dans les services de soins actifs, elles sont confrontées à des obstacles qui restreignent ou font disparaître ces rôles. L'exemple le plus frappant de sous-utilisation est lorsqu'il existe une énorme pénurie d'infirmières accréditées. Le plus gros obstacle rencontré par les infirmières auxiliaires autorisées se trouve dans les établissements eux-mêmes, où les syndicats protègent les intérêts des infirmières accréditées par l'intermédiaire de conventions collectives restrictives.

Notre but en tant qu'infirmières auxiliaires autorisées n'est pas de remplacer les infirmières accréditées, mais d'avoir un rôle complémentaire et d'être respectées comme il se doit pour les connaissances et les compétences que nous apportons au système de soins de santé.

Vous avez demandé quel rôle le gouvernement fédéral devra jouer dans le développement d'un plan national de ressources humaines. Vous serez sans doute encouragés d'entendre qu'il aura un rôle prépondérant en tant que bailleur de fonds principal pour la réalisation d'une étude nationale du secteur des soins infirmiers, annoncée la semaine dernière par le ministre des Ressources humaines. Cette étude donnera des informations sur le marché du travail, qui permettront de déterminer les besoins actuels et futurs pour les trois groupes d'infirmières.

Elle effectuera une analyse complète des problèmes et défis à long terme auxquels sont confrontés en termes de ressources humaines les groupes professionnels de soins infirmiers dans chacun des secteurs d'emploi principaux. Elle examinera comment les connaissances et les compétences des trois groupes professionnels autorisés spécialisés en soins infirmiers sont appliquées dans le contexte des besoins de la population en matière de santé; elle fournira également les informations et recommandations nécessaires permettant le développement et la mise en œuvre d'une stratégie intégrée en ressources humaines à l'échelle de tout le Canada.

Même si de telles études sont importantes, rien ne changera si personne ne montre la voie; il faut qu'il y ait une volonté de changer notre manière de travailler et nos comportements, ainsi qu'une volonté de reconnaître qu'il y a assez de place pour tout le monde et qu'il y a besoin de tout le monde dans le système.

are required to work mandatory overtime, while LPNs are underutilized.

This precludes the effective utilization of both groups, reducing their morale, making both professions less attractive and further exacerbating the nursing supply crisis. Comprehensive utilization of practical nurses would ensure LPNs continue to enter and remain in the nursing workforce, recognize the potential of each professional group, and permit each group to work within that potential to improve health team relationships and enable far more cost-effective care, as well as attracting practitioners to and encouraging them to remain in the nursing professions.

On the other hand, a diminished LPN presence would result in increased costs in hiring additional RNs and an underutilized RN population, which would further prohibit RNs from maximizing their potential and contribute to the diminished role of the current nursing workforce.

The CPNA has seen much convincing evidence that maximum utilization of the LPN improves nursing staff morale and addresses the current shortages of both RNs and LPNs, as well as improving cost efficiencies in the health care system. Our brief contains several examples of the effects of full LPN utilization, and we would strongly urge you to support that position as part of a solution to the nursing crisis. I thank you for the opportunity to appear before you.

Dr. Donna Wilson, Faculty of Nursing, University of Alberta: Good morning, and a particular thank you to all of you for coming to Edmonton. It is a beautiful city and I hope you enjoy it. I hope you can get out for a nice walk and take in some of our sights.

Senator Morin: We will do that right away.

Dr. Wilson: I will keep to my short time here. As you no doubt know, I am a registered nurse. I have brought a brief that I will be going through step by step. I am here because I am a researcher. I am a professor at the University of Alberta and also a staff nurse. I try to work one day a week to keep my hand in so that I know what is really happening in health care. Over the last 10 years in particular, I have been hearing a lot of concern, and saw it in your report, about how to improve health services, particularly health services utilization. How do we get a "better bang for a buck," you might say, or how do we use the resources that we have more wisely?

Aujourd'hui, du fait de la pénurie dans le domaine des soins infirmiers, toutes les infirmières sont surmenées et les infirmières accréditées, en particulier, doivent faire des heures supplémentaires obligatoires alors que les infirmières auxiliaires autorisées sont sous-utilisées.

Cela empêche l'utilisation efficace des deux groupes, diminue leur enthousiasme et rend les deux professions moins attrayantes, ce qui ne fait qu'exacerber la crise des effectifs dans les professions liées aux soins infirmiers. Une utilisation complète des infirmières auxiliaires assurerait que celles-ci continuent à entrer et à rester dans le domaine des soins infirmiers, constituerait la reconnaissance du potentiel de chaque groupe professionnel et permettrait à chacun d'entre eux de travailler avec ce potentiel pour améliorer les relations au sein des équipes de soins de santé; elle permettrait également de fournir des soins d'une manière bien plus rentable, ainsi que d'attirer des professionnels et de les encourager à rester dans le domaine des soins infirmiers.

D'autre part, une présence moins importante d'infirmières auxiliaires autorisées provoquerait une augmentation des coûts, du fait du recrutement d'infirmières accréditées supplémentaires et de la sous-utilisation d'une partie de ces infirmières accréditées, ce qui les empêcherait encore plus de maximiser leur potentiel et contribuerait à diminuer le rôle de la main-d'œuvre travaillant présentement dans le domaine des soins infirmiers.

La Canadian Practical Nurses Association a pu constater de façon évidente et convaincante qu'une utilisation optimale des infirmières auxiliaires autorisées améliore l'enthousiasme du personnel infirmier et répond au problème de la pénurie actuelle en infirmières accréditées et en infirmières auxiliaires autorisées, tout en augmentant la rentabilité du système de soins de santé. Notre document de synthèse contient plusieurs exemples des effets d'une utilisation complète des infirmières auxiliaires autorisées, et nous vous invitons à soutenir énergiquement notre position comme élément du processus de résolution de la crise dans le domaine des soins infirmiers. Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de m'exprimer devant vous.

La Dre Donna Wilson, de la faculté des soins infirmiers de l'Université de l'Alberta: Bonjour et merci tout particulièrement à vous tous d'être venus à Edmonton. C'est une belle ville et j'espère que vous en profiterez. J'espère que vous pourrez sortir faire une promenade et apprécier quelques-uns de nos points de vue.

Le sénateur Morin: Nous le ferons très bientôt.

Dre Wilson: Je vais respecter le temps de parole qui m'est imparti. Comme vous le savez sûrement, je suis infirmière accréditée. J'ai apporté un document de synthèse que je suivrai point par point. Je suis présente ici en ma qualité de chercheur. Je suis professeur à l'Université de l'Alberta et également infirmière de chevet. J'essaie de travailler dans ce domaine un jour par semaine pour me maintenir au courant, afin de savoir ce qui se passe exactement dans le domaine des soins de santé. Depuis les 10 dernières années en particulier, j'entends de nombreuses questions, que j'ai retrouvées dans votre rapport, concernant la manière d'améliorer les services de santé, et en particulier leur utilisation. Comment «en avoir plus pour notre argent», pourriez-

It is of interest to me as a researcher that there has been some attention paid to who are the high users of the health care system, in particular, dying people or the terminally ill, and certainly the elderly, who often fit into that category.

I have undertaken four studies and a fifth one is in progress. The first one that I will talk about briefly is an analysis of Statistics Canada mortality data. I have data on deaths going back to 1950, so I can look at age of death, where people are dying and what have you.

Interestingly enough, this was the cheapest data that I have had to purchase. This only cost me \$5,000, and I received a grant from the NHRDP that enabled me to afford it.

The second study that I will be reporting on looked at data on all deaths in Alberta hospitals over a five-year period. That was not that expensive for me to purchase as a researcher. It was only about \$10,000, and two grants later, I was able to receive that data.

The third was a self-funded study in which I asked senior citizens who had looked after dying people about their preferences for end-of-life care. I followed that up with a second self-funded study looking at how long people need help before they pass away, and the fifth study, which is ongoing, is looking at 12 years of long-term care data, which, by the way, has been collected but never analyzed before. I was required to pay \$40,000 to access that data, and the funding for that came from an Alberta Heritage Fund grant.

Just as a little, quick aside, I am now planning to purchase \$80,000 of Alberta health data to look at the shift to ambulatory and home care in this province, and I am asking the Canadian Institutes of Health Research for that funding.

If I can turn to page 2 of my brief, I would like to talk about what I found when I looked at Statistics Canada mortality data. In many ways, the graph says it all. There was a continuous rise in the number of people using hospitals for end-of-life care up until 1994. More profound is the fact that since 1994, there has been a decline every year in the use of hospitals for end-of-life care. In some ways, graphs and statistics can be very misleading.

The graph on page 3 shows the shift from hospitals. Using hospitals for end-of-life care actually began back in 1982 — fully 20 years ago — in Saskatchewan, and each province followed suit. I know of no national program that tried to make this happen, but it did. This was a very slow but certain trend.

vous dire, ou comment utiliser d'une façon plus sage les ressources que nous avons?

En tant que chercheur, il m'intéresse de voir que les gros utilisateurs du système de soins de santé ont fait l'objet d'une certaine attention, en particulier les personnes mourantes ou les malades en phase terminale et, de toute évidence, les personnes âgées, qui entrent souvent dans cette catégorie.

J'ai réalisé quatre études et une cinquième est en cours. La première dont je parlerai brièvement est une analyse des données de mortalité de Statistique Canada. J'ai étudié des données sur des décès remontant jusqu'à 1950, où je peux connaître l'âge, le lieu du décès, et ainsi de suite.

Il est intéressant de noter qu'il s'est agi des données les moins chères que j'ai eu à acheter. Elles m'ont coûté seulement 5000 \$, et j'ai reçu une bourse du PNRDS qui m'a permis de les acquérir.

La deuxième étude qui a fait l'objet d'un rapport a utilisé les données concernant tous les décès dans les hôpitaux de l'Alberta sur une période de cinq ans. L'achat de ces données n'a pas été trop coûteux, comme je l'ai effectué en tant que chercheur. Il a représenté seulement environ 10 000 \$, que j'ai pu obtenir grâce à deux bourses.

La troisième étude était une étude autofinancée dans laquelle j'ai demandé à des personnes âgées qui s'étaient occupées de personnes mourantes quel système de soins aux personnes en fin de vie elles préféraient. J'ai continué ces recherches par une deuxième étude autofinancée sur la durée de la période où les personnes doivent recevoir des soins avant qu'elles ne décèdent. La cinquième étude, qui est en cours, s'intéresse à 12 années de données sur les soins de longue durée qui, en fait, ont été recueillies, mais jamais encore analysées. J'ai dû payer 40 000 \$ pour avoir accès à ces données, et la source de financement que j'ai utilisée pour cela est une bourse du Fonds du patrimoine de l'Alberta.

Juste en aparté, je prévois à présent d'acheter pour 80 000 \$ de données sur la santé en Alberta afin d'étudier le recours aux soins ambulatoires et à domicile dans cette province, et j'ai déposé pour cela une demande de financement auprès des Instituts de recherche en santé du Canada.

Je vous renvoie à la page 2 de mon document de synthèse et voudrais vous parler des résultats de l'étude concernant les données de mortalité de Statistique Canada. À bien des égards, le graphique explique tout. Il y a eu jusqu'en 1994 une augmentation continue du nombre d'individus recourant aux hôpitaux pour les soins aux personnes en fin de vie. Plus important est le fait que la tendance s'est inversée depuis 1994. D'une certaine manière, les graphiques et les statistiques peuvent être trompeurs.

Le graphique à la page 3 montre une certaine désertion des hôpitaux pour les soins aux personnes en fin de vie. L'utilisation des hôpitaux pour ces soins a en fait commencé en 1982 — il y a 20 ans déjà — en Saskatchewan, et chaque province a ensuite suivi le mouvement. Je ne connais aucun programme national qui ait essayé d'encourager cette pratique, mais elle s'est répandue, malgré tout, lentement mais sûrement.

Looking at where people are passing away today, the shift has been to private homes or to seniors' residences, to multi-dwelling places. By the way, those findings were published.

The second study, using Alberta Health and Wellness in-patient hospital data, also produced some quite astounding results, in my opinion. One of the main findings was that less than half of all the deaths in Alberta over a five-year period took place in a hospital. These are very interesting data, and much different from the myth about high utilization of hospitals.

The second amazing finding was that during their final hospital stay before death, 52 per cent received nothing other than nursing care — no procedures, no treatments, no chemotherapy and no surgery.

The third key finding was that in the five years before people passed away in hospital, most were admitted very infrequently and were not commonly treated. I have included a number of graphs there showing that the most common pattern was that people were admitted only once in five years. In other words, they only came in at the time of death.

On page 5, I have again included a graph to emphasize that very little is done in the last five years of life and that only a few people are high users. In fact, I was able to identify, as did another study a few years ago, that less than 4 per cent of people could be considered high users in the five years before they pass away.

These were people who were admitted frequently to hospital, stayed in for a long period of time, or had many procedures done.

When I looked into the people who were in for long periods of time, I found that they were actually long-term care residents transferred to hospital. In fact, they were not in hospital any longer than anyone else.

The study looked at who were these high users and why were they high users. It had nothing to do with age, nothing to do with gender, and certainly nothing to do with the type of illness.

The only factor that influenced utilization was whether people lived in a rural or urban setting. In fact, 78 per cent of the high users were rural residents. These people were almost all admitted to a very small hospital, were cared for by a general practitioner for the most part, and had the same procedures performed over and over again.

I would like to suggest that one solution to this issue would be a nursing case manager to look at these people.

The Deputy Chairman: Dr. Wilson, could I ask you, since we really want some time for questioning, to go to your recommendations and highlight those?

En regardant où ont lieu les décès aujourd'hui, on constate qu'un revirement vers les résidences privées, les maisons de retraite ou les maisons d'habitation collectives s'est opéré. Au fait, ces résultats ont été publiés.

La deuxième étude qui utilise des données d'Alberta Health and Wellness concernant les malades hospitalisés, a également donné, à mon avis, des résultats stupéfiants. L'un des résultats les plus remarquables est que moins de la moitié de tous les décès survenus sur une période de cinq ans en Alberta ont eu lieu dans un hôpital. Il s'agit de données très intéressantes, bien éloignées du mythe de l'utilisation importante des hôpitaux.

Le deuxième résultat étonnant concerne le fait que, pendant leur séjour ultime à l'hôpital avant leur décès, 52 p. 100 des patients ont reçu uniquement des soins infirmiers — aucun examen, aucun traitement, aucune chimiothérapie, aucune opération chirurgicale.

Le troisième résultat clé est que, durant les cinq années précédant leur décès à l'hôpital, la plupart des patients n'y sont allés que très rarement et n'ont pas été traités de façon continue. J'ai ajouté un certain nombre de graphiques dans le document de synthèse, montrant que le cas le plus fréquent est celui des patients ayant été seulement une fois à l'hôpital en cinq ans. En d'autres termes, ils n'y sont venus qu'au moment de leur décès.

À la page 5, j'ai ajouté un autre graphique pour mettre l'accent sur le fait que peu de services sont dispensés dans les cinq dernières années de vie et que les gros utilisateurs des services hospitaliers sont peu nombreux. En fait, j'ai pu mettre en évidence, comme l'a fait une autre étude il y a quelques années, que moins de 4 p. 100 des patients peuvent être considérés comme des gros utilisateurs des services hospitaliers pendant les cinq années précédant leur décès.

Ces gros utilisateurs sont des personnes se rendant fréquemment à l'hôpital, y restant pendant de longues périodes ou subissant de nombreux examens et interventions.

Lorsque j'ai étudié le cas des personnes restant à l'hôpital pendant de longues périodes, j'ai découvert qu'il s'agissait en fait de personnes nécessitant des soins de longue durée et ayant été transférées à l'hôpital. En fait, elles ne sont pas restées à l'hôpital plus longtemps que les autres patients.

L'étude a cherché à savoir qui étaient ces gros utilisateurs et pourquoi ils l'étaient. Cela n'a rien à voir avec l'âge, le sexe et encore moins le type de maladie.

Le seul facteur influençant le degré d'utilisation est si la personne vit en milieu rural ou urbain. En fait, 78 p. 100 des gros utilisateurs vivent en milieu rural. Ces personnes se sont presque toutes rendues dans un très petit hôpital, ont été suivies la plupart du temps par un médecin généraliste et ont subi de manière répétée les mêmes interventions.

Je voudrais suggérer l'idée que l'une des solutions à ce problème serait d'avoir un gestionnaire de soins infirmiers qui s'occuperait de ces personnes.

La vice-présidente: Docteure Wilson, comme nous voudrions vraiment avoir du temps pour poser des questions, pourrais-je vous demander de passer directement à vos recommandations et de les exposer très clairement?

Dr. Wilson: Thank you. I will do so.

The other studies are again just filling in some of the information about dependency when people are terminally ill. The recommendations arise out of the fact that I know there is very little analysis of what is called "administrative data," the hospital data, long-term care data and what have you. There are a number of barriers for researchers to accessing that data.

The second recommendation is to enable research to evaluate the decentralization of health care planning, control and delivery. Certainly regionalization has not helped to address the situation of these high users, and I have had other issues with regionalization in Alberta.

The third point is that I believe there is a need for programs such as nursing case management to identify the few people who are high users of health services and assist them in achieving a better state of health and less reliance on the small local hospitals.

Ms Elisabeth Ballermann, President, Health Sciences Association of Alberta: On behalf of the Health Sciences Association of Alberta, I would like to thank to the committee for this opportunity to appear before you.

The Health Sciences Association of Alberta is a labour union that represents over 12,000 health care workers in Alberta. The vast majority of these people are in our paramedical technical and paramedical professional bargaining units. These are the men and women who perform a large array of diagnostic and non-surgical therapeutic procedures. Your report, I believe, generally refers to them as "other health care professionals." For the purpose of this presentation, I shall refer to them as "allied health workers" or "allied health professionals."

My comments will focus on the question of recruitment and retention of these allied health workers.

The first issue that arises for our membership — and according to our colleagues across the country this is not restricted to Alberta — is the invisibility of these allied health workers. Much attention is given to nurses and physicians. The general public thinks of nurses and doctors; the media, policy makers and governments, while somewhat more informed, also tend to focus on nurses and physicians. However, it is clear that the allied health workers are an indispensable part of the health care system.

An example of this invisibility can be found in a recent Global TV segment on the shortage of nurses in the capital health region. The program talked about a need for 400 nurses, which represents approximately 6 per cent of the total nursing population. As an afterthought, the reporter also said, "By the way, they are also looking for 65 diagnostic imaging technologists." We represent all of the diagnostic imaging technologists employed by the capital health region, and the figure 65 represents close to a 20 per cent

Dre Wilson: Merci. Je vais m'efforcer de le faire.

Encore une fois, les autres études présentent des informations sur la dépendance lorsque les malades sont en phase terminale. Des recommandations peuvent être émises à partir de ces résultats, malgré le fait qu'il existe très peu d'analyses de ce qui est appelé «données administratives», les données venant des hôpitaux, les données sur les soins de longue durée et ainsi de suite. Les chercheurs rencontrent un certain nombre d'obstacles pour accéder à ces données.

La deuxième recommandation est de permettre aux chercheurs d'évaluer les effets de la décentralisation de la planification, du contrôle et de la fourniture des soins de santé. Il est certain que la régionalisation n'a pas aidé à se pencher sur la situation de ces gros utilisateurs, et j'ai également eu d'autres problèmes dus à la régionalisation en Alberta.

Le troisième point est que je pense qu'il y a besoin de programmes tels que l'emploi de gestionnaires de soins infirmiers, permettant d'identifier les quelques gros utilisateurs de services de santé et d'aider ces personnes à améliorer leur santé et à dépendre moins des petits hôpitaux locaux.

Mme Elisabeth Ballermann, présidente, Health Sciences Association of Alberta: Au nom de l'Health Sciences Association of Alberta, je voudrais remercier le comité de me donner l'occasion de m'exprimer devant vous.

L'Health Sciences Association of Alberta est un syndicat professionnel qui représente plus de 12 000 professionnels des soins de santé en Alberta. La grande majorité de ces personnes font partie de nos unités de négociation techniques et professionnelles dans le domaine paramédical. Il s'agit d'hommes et de femmes qui effectuent une large gamme d'interventions thérapeutiques diagnostiques et non chirurgicales. Votre rapport les mentionne, je crois, sous le terme «autres professionnels des soins de santé.» Dans le cadre de cette présentation, j'utilise plutôt le terme d'«employés paramédicaux» ou de «professionnels paramédicaux».

Mes commentaires se concentreront sur la question du recrutement et du maintien en poste de ces employés paramédicaux.

Le premier problème qui se pose à nos adhérents — et selon nos collègues à travers le pays, ce n'est pas seulement le cas en Alberta — est le manque de visibilité de ces employés paramédicaux. La plus grande attention porte sur les infirmières et les médecins. L'opinion publique pense à eux: les médias, les décideurs et les gouvernements, bien que passablement mieux informés, tendent également à se concentrer seulement sur eux. Toutefois, il est clair que les employés paramédicaux constituent un maillon indispensable du système de soins de santé.

Un exemple de ce manque de visibilité peut être illustré par un reportage récent de Global TV sur la pénurie en infirmières dans la région de la capitale. Ce reportage parlait d'un besoin de 400 infirmières, ce qui représente environ 6 p. 100 du total des effectifs d'infirmières. Comme s'il s'agissait d'une pensée soudaine et de moindre importance, le journaliste a également dit: «Au fait, il manque aussi 65 technologues en imagerie diagnostique.» Nous représentons l'ensemble des technologues en

shortage among that discipline. We have a great deal of data related to nurses and physicians, data related to quality of work life, demographics and workforce situations.

The issues of allied health workers must also be addressed. Our written presentation lists over 20 disciplines that are experiencing significant shortages, and the list is not exhaustive. All of the factors noted in the committee's report in relation to nursing are equally relevant to allied health workers, whether they be workload, lifestyle issues, shift work, the need for continuing education, and leadership and advancement.

The second issue that deals with these people is the rising educational requirements. Many of the disciplines that we represent are facing an increasing need for educational preparation. For example, where the Michener Institute in Ontario once offered a two-year program for diagnostic imaging technologists it now offers a five-year program, because of the expansion of technology. Physical therapy in Alberta and across the country is moving to a master's level preparation for entry to clinical practice. These rising expectations will be reflected in the remuneration expectations of the graduates.

Nursing settlements have resulted in situations where nursing graduates from a two-year program are earning as much or more than physical therapists or occupational therapists, both of which require a B.A.

A more extreme case here in Alberta involves combined laboratory x-ray technologists who work in the rural area. They are required to complete a two-year program. The top pay rate differential for a graduate from a two-year nursing program as compared to these technologists is over \$9 an hour. This is a huge inequity for these technologists.

To raise the educational levels without adjusting the relative pay levels will, in our opinion, provide a disincentive to young people in choosing health care in these professions. It also creates unnecessary tension between the professions.

It also raises the question of the educational institutions themselves. Decisions made in one province affect what happens in other provinces. Ontario decided that its radiation therapists should be trained in university as opposed to the institutions. At one time, Ontario produced more than 70 graduates per year. By changing the program, there was a three-year lag time — in other words, for three years there were no graduates coming out of Ontario. This very directly contributed to a significant shortage of radiation therapists, the result of which patients had to go to the United States for treatment. That shortage was, in our view, a very significant factor in large wage increases for radiation therapists here in Alberta.

imagerie diagnostique employés dans la région de la capitale, et le chiffre de 65 signifie une pénurie correspondant à presque 20 p. 100 des effectifs dans cette discipline. Nous avons de nombreuses données concernant les infirmières et les médecins, ainsi que des données sur la qualité de la vie professionnelle, la démographie et la situation de la main-d'œuvre.

Les problèmes des employés paramédicaux doivent également être abordés. Notre document de synthèse répertorie plus de 20 disciplines qui souffrent de pénuries significatives, et la liste n'est pas exhaustive. Tous les facteurs liés aux soins infirmiers et figurant dans le rapport du comité s'appliquent également aux employés paramédicaux, qu'il s'agisse de la charge de travail, des questions de mode de vie, du travail par roulement, du besoin en formation continue, de la direction et de l'avancement.

Le deuxième problème auquel sont confrontées ces personnes concerne l'augmentation des exigences de formation requises. De nombreuses disciplines que nous représentons font face à un allongement des programmes de formation. Par exemple, alors que le Michener Institute en Ontario proposait autrefois un programme de formation des technologues en imagerie diagnostique sur deux ans, il l'offre à présent sur une période de cinq ans, du fait du développement de la technologie. Pour pouvoir exercer en pratique clinique, le physiothérapeute devra désormais suivre une formation de niveau maîtrise en Alberta et à travers le pays. Cette augmentation des exigences se répercutera sur les attentes des diplômés en matière de rémunération.

Les conventions collectives des infirmières ont créé des situations où les diplômés d'un programme de formation de deux ans en soins infirmiers gagnent autant ou plus d'argent que les physiothérapeutes ou les ergothérapeutes qui doivent tous deux être titulaires d'un B.A.

Un cas encore plus extrême ici en Alberta concerne les technologues travaillant en milieu rural, à la fois en laboratoire et en radiologie. Ils sont obligés de suivre avec succès un programme sur deux ans. La différence de paie entre les diplômés d'un programme de formation de deux ans en soins infirmiers et ces technologues peut atteindre jusqu'à plus de 9 \$ de l'heure. Il s'agit d'une injustice énorme pour ces technologues.

Augmenter les niveaux de formation exigés sans ajuster en parallèle les niveaux de rémunération va provoquer, à notre avis, une perte d'intérêt chez les jeunes gens qui hésiteront à choisir ce type de professions de soins de santé. Cette situation crée en outre une tension inutile entre les professions.

Elle soulève aussi la question concernant les établissements de formation eux-mêmes. Des décisions prises dans une province touchent les autres provinces. L'Ontario a décidé que la formation de ses radiothérapeutes devait s'effectuer à l'université et non dans des établissements de formation. Il fut un temps où cette province formait plus de 70 diplômés par an. Suite à ce changement de programme, il y a eu un temps mort de trois ans — en d'autres termes, il n'y a eu aucun diplômé en Ontario pendant trois ans. Cela a contribué de manière très claire à créer une pénurie de radiothérapeutes, obligeant de nombreux patients à aller aux États-Unis pour subir des traitements. Cette pénurie a été, à notre avis, un facteur extrêmement déterminant dans

This brings us to the issue of funding. We fully agree with the committee's position that health care funding must be stable. The cuts to health care in the mid-1990s were followed by significant increases; however, often one-time infusions have not dealt with the continuing operating costs. Even now, we are hearing of contemplated cuts arriving on the heels of a sudden announcement by our provincial government. These roller coaster lay offs and shortages have a very negative effect on the health care system. They create havoc in staffing the increased workloads, and they damage morale. It also leads to the robbing-Peter-to-pay-Paul syndrome, as we call it. Provinces compete with each other for these skilled professionals, an action that exacerbates inequities between the provinces contributes to a rise in health care costs.

Funding cuts have also been felt in the education of allied health professionals. The mid-1990s saw a substantial reduction in enrolments. For example, with respect to laboratory technologists, between 1987 and 1997 the number of graduates decreased by 42 per cent, at a time when our population is growing and the number of tests that are being done is also growing.

Let me now turn to the increasing level of privatization. We have heard a lot about the private sector taking up some of the slack, that we may be able to reduce costs. With respect, we beg to differ. What we have seen among some of our members, those who have private-sector options, is a brain drain, not south of the border, necessarily — although that is a factor — not from one province to another, but from the public system to the private system. People are leaving for similar pay levels but significantly better working conditions — for example, no shift work, no on-call work, no overtime. We have not seen a concomitant decrease in the demands on the public sector.

This leads us, then, to the four options that we recommend with regard to this issue for the federal government. We fully endorse a national long-term health human resources planning strategy involving all provinces and all levels of government, advanced education sectors, professional and regulatory bodies as well as labour organizations. Interprovincial mobility means that we have a national labour market for allied health workers, and it should be treated as such.

There has been a great deal of discussion this morning about stable funding. We feel this is crucial, for both health and advanced education, as the supply of professionals and recruitment and retention are directly affected by both. There is

l'augmentation très importante des salaires des radiothérapeutes ici en Alberta.

Ceci nous amène à parler de la question du financement. Nous sommes entièrement d'accord avec le comité lorsqu'il déclare que le financement des soins de santé doit être stable. Les restrictions budgétaires vers le milieu des années 90 dans le domaine des soins de santé ont été suivies par des augmentations de financement significatives; toutefois, des injections isolées de capitaux n'ont souvent pas été suffisantes pour répondre aux coûts de fonctionnement continus. Encore maintenant, nous entendons parler de prévisions de restrictions, devant suivre de près une annonce soudaine et inattendue faite par notre gouvernement provincial. Ces licenciements et pénuries en dents de scie ont un effet très négatif sur le système de soins de santé. Ils engendrent de vrais problèmes pour faire face aux charges de travail accrues et détruisent l'enthousiasme. Ils créent également un syndrome de concurrence. Les provinces entrent en concurrence pour engager ces professionnels, ce qui renforce les injustices entre provinces et contribue à l'augmentation des coûts des soins de santé.

Les restrictions en matière de financement se sont également ressenties au niveau de la formation des employés paramédicaux. Vers le milieu des années 90, le nombre des inscriptions a sensiblement baissé. Par exemple, en ce qui concerne les technologues de laboratoire, le nombre de diplômés a chuté de 42 p. 100 entre 1987 et 1997, alors que notre population augmente et que le nombre de tests effectués est également en augmentation.

Permettez-moi à présent d'aborder la question de l'accroissement du niveau de privatisation. Nous avons bien souvent entendu dire que, si le secteur privé prenait en charge une partie du travail, il serait peut-être possible de réduire les coûts. À ce sujet, nous sommes tout à fait d'un autre avis. Ce que nous avons constaté dans le cas de certains de nos adhérents, qui ont le choix d'aller travailler dans le secteur privé, est un exode des cerveaux, pas forcément vers les États-Unis — encore que ce soit un élément à prendre en compte — ou d'une province vers une autre, mais du secteur public vers le secteur privé. Les gens restent au même niveau de salaire, mais partent pour travailler dans de meilleures conditions — par exemple, pas de travail par roulement, pas de travail en service de garde, pas d'heures supplémentaires. Nous n'avons pas vu une baisse concomitante des exigences pesant sur le secteur public.

Cela nous mène donc à quatre options que nous pourrions recommander au gouvernement fédéral concernant ce problème. Nous soutenons totalement l'idée d'une stratégie nationale à long terme de planification des ressources humaines dans le domaine de la santé, faisant intervenir toutes les provinces et tous les niveaux de gouvernements, ainsi que les secteurs de formation postsecondaire, les organismes professionnels et de réglementation et les organisations syndicales. La mobilité entre les provinces signifie que les employés paramédicaux sont sur un marché du travail national qui doit être considéré en tant que tel.

Les discussions sur le financement stable ont été nombreuses ce matin. Nous pensons que ce sujet est crucial, que ce soit dans le domaine de la santé ou dans celui de la formation postsecondaire, car la mise sur le marché, le recrutement et le maintien en poste

little point in spending a lot of money on a health human resources strategy, if the strategy is not backed by stable funding for those who graduate from the programs.

We also advocate for a communications strategy to address the invisibility of allied health workers. We must ensure that all health professions become attractive career choices for young people and that allied health professions are seen as an integral part of the system.

Our final recommendation deals with the limits on the growth of privatization. We suggest that this recommendation is more than an ideological perspective. We have experienced the effects on the public health care system, and we would argue that the growth of for-profit medicine has resulted in a brain drain from the public system and is a significant driver in the cost of providing health care.

Ms Sharon, Richardson, President, Alberta Association of Registered Nurses: Thank you for the opportunity to comment on the committee's report.

Having been asked to make brief opening remarks for five to seven minutes followed by an opportunity for responding to questions, I have chosen to offer comment on chapter 11, health human resources. First, however, let me offer a brief background on the Alberta Association of Registered Nurses, colloquially referred to as the "AARN."

The AARN has been the professional association and regulatory body for registered nurses in Alberta since 1916. The AARN manages two key responsibilities: first, regulating the practice of RNs to ensure that Albertans receive safe and competent nursing care; and second, promoting excellence in the practice of nursing. The AARN also advocates for a high-quality, cost-efficient health care system that makes the best use of the knowledge and skills of workers.

The AARN endorses the committee's identification of two human resource issues that clearly require the attention of all governments. The first is how to recruit, train, and retain an adequate supply of health care professionals who can adapt to the changing health and health care needs of the Canadian population.

The AARN believes there is an immediate crisis in health human resources in Alberta, particularly with regard to the situation faced by RNs. In Alberta, fully 28 per cent of RNs are over the age of 50. Given that this 28 per cent might reasonably be expected to begin retiring in significant numbers over the next few years, there will obviously be increasing demand for new graduates just to maintain the Alberta RN labour force, and that labour force currently is slightly more than 24,000. Also

des professionnels sont directement touchés par ces deux secteurs. La dépense de grosses sommes d'argent sur une stratégie de gestion des ressources humaines dans le domaine de la santé n'a que peu d'intérêt, si cette stratégie n'est pas soutenue par un financement stable dont peuvent bénéficier les diplômés des programmes de formation.

Nous sommes également partisans d'une stratégie de communication pour résoudre le problème de manque de visibilité des employés paramédicaux. Nous devons nous assurer que toutes les professions liées à la santé constituent un choix de carrière attrayant pour les jeunes gens et que les professions paramédicales sont considérées comme faisant partie intégrante du système.

Notre dernière recommandation concerne les limites de la croissance de la privatisation. Nous tenons à souligner que cette recommandation constitue plus qu'une simple question idéologique. Nous avons vécu les effets de la privatisation sur le système public de soins de santé, et nous considérons que la croissance de la médecine à but lucratif a provoqué un exode des cerveaux hors du système public et est responsable d'une part significative du coût de la fourniture des soins de santé.

Mme Sharon Richardson, présidente de l'Alberta Association of Registered Nurses: Merci de me donner l'occasion de faire des commentaires sur le rapport du comité.

Il m'a été demandé de faire de brèves remarques préliminaires pendant cinq à sept minutes, suivies de la possibilité de répondre à des questions; j'ai donc choisi de formuler un commentaire sur le chapitre 11 qui concerne les ressources humaines dans le domaine de la santé. Toutefois, je voudrais tout d'abord vous faire un bref rappel sur l'Alberta Association of Registered Nurses, familièrement appelée l'«AARN.»

L'AARN est l'association professionnelle et l'organisme de réglementation liés aux infirmières accréditées en Alberta depuis 1916. Elle a deux responsabilités principales: premièrement, réglementer les fonctions des infirmières accréditées afin de s'assurer que les Albertains reçoivent des soins infirmiers de qualité et sans aucun risque; deuxièmement, promouvoir l'excellence dans les fonctions liées aux soins infirmiers. L'AARN défend également un système de soins de santé rentable et de grande qualité faisant le meilleur usage des connaissances et des compétences des employés.

L'AARN approuve les conclusions du comité qui identifie deux problèmes de ressources humaines nécessitant clairement l'attention de tous les gouvernements. Le premier est le problème du recrutement, de la formation et du maintien en poste d'une quantité appropriée de professionnels des soins de santé pouvant s'adapter au changement des besoins de la population canadienne en matière de santé et de soins de santé.

L'AARN pense qu'il y a présentement une crise des ressources humaines dans le domaine de la santé en Alberta, en particulier en ce qui concerne les infirmières accréditées. En Alberta, 28 p. 100 des infirmières accréditées sont âgées de plus de 50 ans. Sachant qu'un nombre significatif de ces 28 p. 100 partira certainement à la retraite dans les quelques années à venir, il y aura de toute évidence une augmentation de la demande en jeunes diplômés, simplement dans le but de maintenir le nombre d'infirmières

noteworthy is that 46 per cent of the current Alberta RN labour force is between 35 and 50 years of age and only 23 per cent are between 26 and 35 years of age.

Despite the increased demand for RNs during the past two years, there has been a progressive decline in registrants from other Canadian jurisdictions and no increase in the number of RNs graduating from RN Alberta educational programs. There were 578 RN graduates in 1998, a decline to 475 in 1999, and a slight increase to 544 in 2000. Clearly, one of the significant implications of the mature age of the Alberta RN labour force, coupled with the reduction in transfer registrations from other Canadian jurisdictions and the decreased number of RN graduates in recent years, is demand for dramatically increased number of new RN graduates from Alberta educational programs.

The AARN acknowledges that significant salary increases recently negotiated by the United Nurses of Alberta for about 75 per cent of the province's RN labour force and increasing flexibility of educational programs leading to entry to practice will enhance recruitment to the nursing profession. The AARN believes, however, that recruitment could be enhanced further by governments providing tuition support via taxes or grants. Many RN students rely on loans for a significant proportion of their tuition and expenses and often enter the labour market with very large outstanding educational debts. Tuition support through taxes or grants could go a long way in lightening graduates' debt burdens at a time when they are attempting to establish their professional careers.

The second human resource issue identified by the committee as requiring the attention of all governments is how to make the best use of the full spectrum of differently qualified health professionals. The AARN concurs that primary health care reform is essential if Canadians are to rationalize the use of health human resources. Primary health care is defined as the first level of care, usually the first point of contact that people have with the health care system. The AARN concurs that primary health care services need to be coordinated, accessible to all consumers, provided by health professionals who have the right skills to meet the needs of individuals in the communities, and accountable to local citizens through community governance. Further, the AARN agrees that multidisciplinary teamwork is a vital part of primary care.

The Alberta RN labour force is well positioned to engage in primary health care reform. A particular attribute is the proportion of Alberta RNs with baccalaureate or higher degrees. In 2000, 8,275 Alberta RNs, or slightly more than one third of all registered nurses, held a baccalaureate or higher degree. Of these,

accréditées en Alberta, nombre actuellement légèrement supérieur à 24 000. Il est également à noter que 46 p. 100 des infirmières accréditées en Alberta ont présentement entre 35 et 50 ans et que seulement 23 p. 100 ont entre 26 et 35 ans.

Malgré une demande accrue en infirmières accréditées depuis deux ans, le nombre de nouveaux inscrits venant d'autres régions du Canada a progressivement baissé, alors qu'il n'y a pas eu d'augmentation du nombre de jeunes diplômés sortant des programmes de formation d'infirmières accréditées de l'Alberta. Il y a eu 578 jeunes diplômés en 1998, ce nombre a baissé à 475 en 1999, puis a légèrement réaugmenté à 544 en 2000. En clair, l'une des conséquences significatives du vieillissement des effectifs d'infirmières accréditées en Alberta, associé à la réduction du nombre des inscriptions de transfert en provenance d'autres régions du Canada et à la baisse du nombre de jeunes diplômés dans les dernières années, est la nécessité impérieuse d'augmenter le nombre de jeunes diplômés sortant des programmes de formation d'infirmières accréditées en Alberta.

L'AARN reconnaît que les augmentations significatives de salaire récemment négociées par United Nurses of Alberta pour environ 75 p. 100 des effectifs d'infirmières accréditées de la province, ainsi que l'assouplissement des programmes de formation permettant d'entrer en fonction faciliteront le recrutement dans cette profession. L'AARN pense toutefois que le recrutement pourrait être encore plus facile si les gouvernements participaient aux frais de scolarité en utilisant les impôts ou en offrant des bourses. De nombreux étudiants recourent à des prêts pour financer une grande partie de leurs frais de scolarité et autres dépenses et entrent souvent sur le marché du travail avec des dettes très importantes. La participation aux frais de scolarité en utilisant les impôts ou en offrant des bourses permettrait d'alléger les charges financières des étudiants au moment où ils débutent leur carrière professionnelle.

Le deuxième problème de ressources humaines identifié par le comité comme nécessitant l'attention de tous les gouvernements est la question de l'utilisation optimale de l'éventail complet de professionnels de la santé ayant des compétences différentes. L'AARN est d'avis qu'une réforme des soins de santé primaires est essentielle si les Canadiens veulent rationaliser l'utilisation des ressources humaines dans le domaine de la santé. Les soins de santé primaires sont définis comme le premier niveau de soins, correspondant en général au premier contact que les patients ont avec le système de soins de santé. L'AARN est d'accord que les services de soins de santé primaires doivent être coordonnés, accessibles à tous les consommateurs, fournis par des professionnels de la santé ayant les compétences nécessaires pour répondre aux besoins des individus dans les collectivités et tenus de rendre des comptes aux citoyens de la région grâce à une gestion publique par la collectivité. De plus, l'AARN approuve le travail d'équipe multidisciplinaire en tant qu'élément vital des soins primaires.

Les infirmières accréditées en Alberta sont bien placées pour s'engager dans une réforme des soins de santé primaires. La proportion d'infirmières accréditées en Alberta, titulaires d'un baccalauréat ou d'un diplôme plus élevé est un atout particulier. En 2000, 8 275 infirmières accréditées en Alberta, soit un peu

the overwhelming majority, almost 80 per cent, were employed in delivering direct care to clients in hospital and community settings. Baccalaureate education facilitates RNs who are knowledgeable and skilled in health promotion and disease prevention as well as assessment and care of ill individuals. Since 1997, the number of new RNs entering practice in Alberta with a baccalaureate degree has been four times greater than the number entering with a diploma. Increased government funding of baccalaureate nursing programs leading to entry to RN practice is an important option for increasing the proportion of the RN labour force especially amenable to practising in a primary health care mode.

Thank you for the opportunity to speak to you about options to promote recruitment to RN nursing practice and implementation of a primary health care delivery strategy.

The Deputy Chairman: Ms Richardson, you referred to the statistics, and we have heard many references as we have moved across the country, to the age of RNs.

Senator Morin: I have a number of questions. I would like to start with you, Ms Fredrickson. Is there any variability between the provinces and the utilization of practical nurses? Is there any provinces wherein you feel the utilization of practical nurses is more efficient and could be conserved as a model for other provinces? It does vary from province to province; correct?

Ms Fredrickson: It does vary from province to province. In fact, I can tell you that it varies from hospital to hospital, even from unit to unit within a hospital. In terms of an overall provincial model for utilization, I would probably have to point to Nova Scotia. Because of the serious shortage of nurses in Nova Scotia, they are establishing a province-wide model. It is still in the implementation stage, however; after being piloted in one region, the model is now moving to a provincial level.

Senator Morin: Dr. Wilson, thank you very much for coming. As far as I know, you are the first researcher we have heard here. It is a bit curious that we have not had other researchers before the committee as witnesses, or even comments from other researchers. If we were dealing with cancer or heart disease, we would be hearing from hundreds of researchers, who would passionately be telling us about their research. They would be eager to share their point of view with us. We are dealing with health services, a very important issue, and the academic experts in this field have been remarkably silent. We have heard from practitioners, from professional associations, from administrators, from politicians; the number of witnesses has been overwhelming, and we are pleased with it.

plus du tiers de toutes les infirmières accréditées, étaient titulaires d'un baccalauréat ou d'un diplôme plus élevé. Parmi elles, une très écrasante majorité, soit presque 80 p. 100, étaient employées à des postes fournissant des soins directs aux clients dans les hôpitaux et les installations communautaires. L'enseignement reçu pour obtenir le baccalauréat est un atout pour les infirmières accréditées qui ont des connaissances et des compétences dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, ainsi que pour examiner et soigner les personnes malades. Depuis 1997, le nombre de nouvelles infirmières accréditées entrées en fonction en Alberta avec un baccalauréat est quatre fois plus important que celui de celles entrées avec un diplôme. L'augmentation du financement gouvernemental des programmes de baccalauréat en soins infirmiers menant à l'entrée en fonction d'infirmières accréditées est une option importante pour accroître la proportion d'infirmières accréditées particulièrement aptes à exercer dans le domaine des soins de santé primaires.

Merci de m'avoir donné la chance de vous parler des options permettant de promouvoir le recrutement d'infirmières accréditées et la mise en œuvre d'une stratégie de fourniture de soins de santé primaires.

La vice-présidente: Madame Richardson, vous faites allusion aux statistiques, et nous avons entendu de nombreux renseignements en nous déplaçant à travers le pays, en ce qui concerne l'âge des infirmières accréditées.

Le sénateur Morin: J'ai un certain nombre de questions. Je voudrais commencer par vous, madame Fredrickson. Existe-t-il des variations entre provinces en ce qui concerne l'utilisation des infirmières auxiliaires? Y a-t-il des provinces dans lesquelles vous pensez qu'elles sont utilisées plus efficacement et qui pourraient servir de modèle aux autres provinces? Il y a des variations de province à province, n'est-ce pas?

Mme Fredrickson: Sans aucun doute. En fait, je peux vous dire qu'il y a des variations d'un hôpital à l'autre, et même d'un service à l'autre dans un même hôpital. En termes de modèle d'utilisation à l'échelle de toute une province, je pourrais probablement citer l'exemple de la Nouvelle-Écosse. Du fait de la grave pénurie en infirmières dans cette province, un modèle est en train d'être établi au niveau provincial. Il est toutefois encore dans sa phase de mise en œuvre; après avoir été mis en place et suivi dans une région, il passe à présent à l'échelle provinciale.

Le sénateur Morin: Docteur Wilson, merci beaucoup d'être venue. Autant que je sache, vous êtes le premier chercheur à avoir pris la parole devant nous. Il est un peu curieux qu'aucun autre chercheur ne soit intervenu devant le comité ou, même, que nous n'ayons pas reçu les commentaires d'autres chercheurs. Si nous parlions du cancer ou des maladies de cœur, nous aurions entendu des centaines de chercheurs, qui nous auraient présenté d'une manière passionnée les résultats de leurs recherches. Ils seraient avides de partager leur point de vue avec nous. Nous nous occupons des services de santé, problème très important, et les universitaires spécialistes de ce sujet ont été incroyablement silencieux. Nous avons entendu des médecins, des associations professionnelles, des directeurs généraux, des politiciens; le

What is missing here is the testimony from the academic experts and the research community. You are the only exception to this point; we may hear from some of them later, but to this point we are not hearing from them. They are out there, but they are not here.

Finally, Ms Ballermann, your comments respecting private health care interested me. You know the field much better than I do. Do you have any concerns about the quality of care in the private radiology clinics? Or do you feel they are more expensive, not less efficient, because they are funded by government, of course?

You also referred to private-sector competition with respect to pharmacy services. Do you think pharmacies should be government-owned? I do not understand what you mean. Do you mean they should be under government control?

Ms Ballermann: With regard to the radiology clinics, I am not sure I am qualified to comment on issues of quality. I would refer you to the professional bodies for that.

Nevertheless, we hear anecdotally from some of our members who work in both sectors — the ultrasound technologists, for example — that the time they have allotted to an exam in the private sector is substantially less than what they would have allotted in the public sector. It certainly raises the question of quality, but I could not authoritatively say that it is a quality issue.

The question tends to be the utilization and the total cost of bringing that up. From the radiology point of view, the concern is mostly about the brain drain out of the public system.

Senator Morin: I understand that point, but what I am trying to get from you is whether private radiology clinics are more expensive.

Your opinion is that there is less time spent per patient in private radiology clinics than there is in hospitals.

Ms Ballermann: I want to be very clear that I am not making that as a general statement. We have had anecdotal evidence that that is in fact the case with some exams.

I am not privy, nor is anyone, to the exact cost of each exam the private system provides, so I could not authoritatively talk about the cost per exam. Unlike the surgical facilities that now have to report their contracts publicly, the diagnostic facilities are not covered.

Our concern is the drain of people out of the public system without a corresponding decrease in demand on the public system.

nombre d'intervenants a été extrêmement important, ce qui est très satisfaisant pour nous.

Ce qui nous manque est le témoignage d'universitaires spécialistes du sujet et de la communauté scientifique. Vous constituez la seule exception; nous aurons peut-être quelques-uns de leurs témoignages plus tard, mais cela n'a pas encore été le cas jusqu'à présent. Ils sont sur le terrain, mais ne se sont pas déplacés jusqu'ici.

Enfin, madame Ballermann, vos commentaires concernant les soins de santé privés m'ont intéressé. Vous connaissez ce sujet mieux que moi. Êtes-vous quelque peu préoccupée par la qualité des soins dispensés dans les cliniques radiologiques privées? Ou avez-vous le sentiment qu'ils sont plus coûteux, sinon moins efficaces, car ils sont bien entendu financés par le gouvernement?

Vous avez également fait allusion à la concurrence du secteur privé dans le domaine des services pharmaceutiques. Pensez-vous que les pharmacies devraient appartenir au gouvernement? Je ne comprends pas ce que vous voulez dire. Pensez-vous qu'elles devraient être sous le contrôle du gouvernement?

Mme Ballermann: En ce qui concerne les cliniques radiologiques, je ne suis pas certaine d'être compétente pour pouvoir faire des commentaires sur les questions de qualité. Je vous renverrai plutôt vers les organismes professionnels à ce sujet.

Néanmoins, certains de nos adhérents travaillant dans les deux secteurs racontent des anecdotes — les technologues spécialisés dans les ultrasons, par exemple — disant que le temps qu'ils consacrent à un examen dans le secteur privé est sensiblement moins important que celui qu'ils y consacraient dans le secteur public. Cela pose sans doute la question de la qualité, mais je ne pourrais affirmer de façon péremptoire qu'il existe un problème de qualité.

La question tend à concerner l'utilisation et le coût total engendré. Du point de vue du secteur de la radiologie, ma préoccupation concerne principalement l'exode des cerveaux hors du système public.

Le sénateur Morin: Je comprends ce point, mais je voudrais que vous me disiez si les cliniques radiologiques privées sont plus coûteuses.

Votre avis est que le temps consacré à chaque patient dans ces cliniques est moins important que dans les hôpitaux

Mme Ballermann: Je veux dire très clairement que je ne parle pas de façon générale. Certaines anecdotes nous ont informé que c'était le cas pour certains examens.

Je ne suis pas au courant, et d'ailleurs personne ne l'est, du coût exact de chaque examen proposé par le système privé, et ne pourrais donc parler de façon péremptoire d'un tel coût par examen. Contrairement aux établissements chirurgicaux qui doivent à présent faire un rapport public de leurs conventions, les établissements de diagnostic ne sont pas tenus de le faire.

Nous sommes préoccupés par la possibilité que le retrait de patients du système public ne s'accompagne pas d'une décroissance dans la demande de services publics.

With regard to your next concern, we are not suggesting that retail pharmacies should come under government control. We know that that is a longstanding issue. However, we would advocate for a national formulary, a national pharmacare program, which we believe would have the effect of reducing the amount of private participation in the health care system.

Public-sector pharmacists earn somewhere over \$30 an hour. They are seeing advertisements for \$50 an hour to come work at the superstore. The dramatic difference in pay is not enough to keep pharmacists in the hospitals, where, while their work is more interesting, the workloads are extreme.

If you were to speak to Mr. Davis or Ms Weatherill, they would tell you that they are having significant difficulties in recruiting and retaining pharmacists. As a union, we will be looking for wages that stay competitive, because that is our job for our members; nevertheless, that is a significant cost-driver to the system, as a whole.

The Deputy Chairman: Did you want to comment, Dr. Wilson, on the Senator Morin's statement with respect to lack of evidence by researchers?

Dr. Wilson: I have not been aware of who has been testifying before the committee, but it is a shame that more researchers have not been here.

However, there are very few researchers who can access this data. Unfortunately, when there is a charge of \$40,000 or \$80,000, a researcher has to get grant to cover that. As well, a distinct skill set is required. Hence, there are few researchers who really delve into this, and few will in the future with these kinds of barriers.

In terms of privatization, Alberta Health, over the last year, privatized their databases, the data that flows into them from long-term care facilities and hospitals. Last year, the data I wanted would have costs me \$40,000. This year, that data cost \$80,000. It is exactly double, because it is a private company now that is charging for that.

This limits to a great extent where a researcher goes to access this data. I do not have those funds myself. I need a very large grant to access this kind of data, and there is a great deal of competition for grant funds these days. Even with more money going into research, it is becoming more difficult for a researcher to get his or her hands on those research dollars. Getting a successful grant proposal together is a lot of work. This is a crucial issue.

How can a researcher operate without data? One cannot operate on myths or on the basis of how things worked 10 years ago. Our health system has changed quickly, and there is a lack of data describing these changes or identifying what they are and their impact.

The Deputy Chairman: That is a very good point.

En ce qui concerne votre autre question, nous ne préconisons pas que les pharmacies de détail passent sous le contrôle du gouvernement. Nous savons qu'il s'agit d'un problème de longue date. Toutefois, nous serions partisans d'un formulaire et d'un régime d'assurance-médicaments nationaux, qui auraient pour effet, à notre avis, de réduire l'importance de la participation du secteur privé dans le système des soins de santé.

Les pharmaciens du secteur public gagnent un peu plus de 30 \$ de l'heure. Ils voient des annonces promettant un salaire de 50 \$ de l'heure s'ils vont travailler dans un grand magasin. Cette différence énorme de salaire ne permet pas de garder les pharmaciens dans les hôpitaux où, même si leur travail est plus intéressant, la charge de travail est extrême.

Si vous parliez avec M. Davis ou Mme Weatherill, ils vous diraient qu'ils ont des difficultés non négligeables à recruter et à maintenir en poste des pharmaciens. En tant que syndicat, nous essaierons d'obtenir des salaires qui restent compétitifs, car il s'agit de notre devoir envers nos adhérents; néanmoins, dans l'ensemble, cela représente une source de dépenses significative pour le système.

La vice-présidente: Désirez-vous faire un commentaire, docteur Wilson, sur la déclaration du sénateur Morin concernant le manque de participation des chercheurs?

Dre Wilson: Je ne suis pas au courant de l'identité des intervenants ayant parlé devant le comité, mais il est extrêmement dommage qu'il n'y ait pas eu plus de chercheurs.

Toutefois, très peu de chercheurs sont à même d'accéder à ces données. Malheureusement, lorsque les frais s'élèvent à 40 000 ou 80 000 \$, un chercheur doit obtenir une bourse. De plus, il faut posséder un certain type de compétences pour effectuer ces analyses. Par conséquent, très peu de chercheurs se plongent dans ces études et très peu le feront à l'avenir, du fait de tous ces obstacles.

En termes de privatisation, Alberta Health a privatisé ses bases de données l'année dernière, à savoir les données recueillies dans les établissements de soins de longue durée et les hôpitaux. L'an dernier, les données dont j'avais besoin m'auraient coûté 40 000 \$. Cette année, elles coûtent 80 000 \$. C'est exactement le double, car elles sont à présent gérées par une entreprise privée.

Cela limite énormément l'accès des chercheurs aux données. Je ne dispose pas moi-même de ces fonds. J'ai besoin de recevoir une bourse très importante pour pouvoir accéder à ce type de données et, de nos jours, la concurrence est féroce pour obtenir ces bourses. Même si plus d'argent est consacré à la recherche, les chercheurs ont de plus en plus de difficultés à obtenir des fonds. Mettre au point un dossier de demande de bourse qui soit accepté représente un travail considérable. Il s'agit d'un problème crucial.

Comment un chercheur peut-il travailler sans données? Il n'est pas possible de travailler sur des mythes ou sur la base de ce qui se passait il y a 10 ans. Notre système de santé a changé rapidement, et nous manquons de données décrivant ces changements ou identifiant leur nature ou leur impact.

La vice-présidente: C'est une très bonne remarque.

Senator Pépin: Ms Fredrickson, if I understood correctly, there is a slight difficulty between your association, which represents LPNs, and RNs. What is the difference between the two in terms of years of study?

Ms Fredrickson: It varies across the country. It ranges from a one-year minimum to a two-year program, which Ontario is now putting in place. In Quebec, the program is, I believe, two years, but it is delivered in a different manner.

Senator Pépin: Thank you. I thought it was standardized across the country.

Has there been any proposal about how you could work together? There have been many suggestions about teamwork, about doctor, nurses and allied health worker all working together. How do you see your association working closely with the RN?

Ms Fredrickson: If there were articulated education, the collegiality and the teamwork would start right there, in the education program. A far better understanding would develop on the part of registered nurses about what the practical nurse education involves. In other words, if there were a continuum of education it would go a long way towards alleviating some of the problems that are there now.

Senator Pépin: You say that LPNs are underutilized. You say, and I quote, the following:

The greatest underutilization of the LPN is also where there is the greatest shortage of nurses.

How did you come to be in that situation? I realize a difficult exists between the two associations, and I do not think we can resolve it; nevertheless, it is important to work towards the day the two will be able to work together.

Ms Fredrickson: It goes back to where the practical nurse came from. The occupation arose from a shortage of registered nurses post-WWII. It was an assistive role. However, the practical nurse has moved beyond that in many jurisdictions. Granted, in some they have not and in others they still carry the title "nursing assistant." Therefore, the role varies.

Nevertheless, overall there has been a very significant increase in the education of the practical nurse. It has moved into a knowledge-based education rather than the skills-based education it was, and part of that message has never been delivered to a lot of people.

The Deputy Chairman: Ms Richardson or Ms Smith, did you want to comment on that?

Le sénateur Pépin: Madame Fredrickson, si j'ai bien compris, il existe de légères divergences entre votre association, qui représente les infirmières auxiliaires autorisées, et les infirmières accréditées. Quelle est la différence entre les deux professions en termes d'années d'étude?

Mme Fredrickson: Cela varie à travers le pays. Cela peut aller d'un programme d'un an minimum à un programme sur deux ans, qui est actuellement mis en place en Ontario. Au Québec, le programme s'étale sur deux ans, je crois, mais est enseigné d'une manière différente.

Le sénateur Pépin: Merci. Je pensais qu'il existait une durée standard dans tout le pays.

Y a-t-il eu une concertation pour savoir comment vous pourriez travailler ensemble? Il y a eu beaucoup d'allusions concernant le travail en équipe et concernant les médecins, infirmières et employés paramédicaux travaillant ensemble. Comment envisagez-vous que votre association puisse travailler en étroite collaboration avec les infirmières accréditées?

Mme Fredrickson: Si les programmes de formation étaient mieux articulés entre eux, la cohésion et le travail en équipe commenceraient dès la phase d'apprentissage. Les infirmières accréditées comprendraient nettement mieux en quoi consiste la formation des infirmières auxiliaires. En d'autres termes, si les différents programmes étaient mieux intégrés, cela créerait beaucoup moins de problèmes contrairement à la situation actuelle.

Le sénateur Pépin: Vous dites que les infirmières auxiliaires autorisées sont sous-utilisées. Vous dites, et je vous cite:

Les domaines les plus touchés par la sous-utilisation des infirmières auxiliaires autorisées sont aussi ceux où sévit la plus grande pénurie en infirmières.

Comment en êtes-vous arrivée à une telle situation? Je comprends qu'il existe des difficultés entre les deux associations, et je ne pense pas que nous puissions les résoudre ici; néanmoins, il est important que les deux associations fassent du chemin pour être un jour capables de travailler ensemble.

Mme Fredrickson: Cela nous ramène à la création du métier d'infirmière auxiliaire. Cette profession est née de la pénurie en infirmières accréditées après la deuxième guerre mondiale. À cette époque, les infirmières auxiliaires avaient un rôle d'adjointe. Toutefois, dans de nombreuses régions, la profession d'infirmière auxiliaire a évolué au-delà de ce simple rôle. Pour sûr, dans certaines régions, leur rôle n'a pas évolué, et dans d'autres, elles portent toujours le titre d'«aides-infirmières». Par conséquent, leur rôle varie.

Néanmoins, d'une manière générale, le niveau de formation des infirmières auxiliaires a augmenté de façon très significative. Il est passé à une formation basée sur les connaissances au lieu de celle basée sur les aptitudes qui existait auparavant, et ce changement n'a jamais été expliqué à l'opinion publique.

La vice-présidente: Madame Richardson ou madame Smith, avez-vous un commentaire à faire sur ce sujet?

Ms Heather Smith, President, United Nurses of Alberta:

There are questions around supply of licensed practical nurses as well. I do not think it is necessarily a matter of non-utilization in certain areas of the province here. It is my understanding that the undersupply of LPNs is even greater than the undersupply of RNs.

Hence, I just did not agree with the nature of the comment.

Ms Fredrickson: One of my other hats is that I am the executive director of the regulatory body for LPNs in this province. As such, I can tell you that in this province alone we went from 8,600 LPNs in 1986 to 4,300 two years ago.

The Deputy Chairman: Where did they go?

Ms Fredrickson: They were laid off; they were eliminated from the system. There were no jobs for LPNs so no one was going into the profession. Our numbers are now starting to increase, but that will take a long time. Along with the AERN, we have a very significant population who will be leaving the workforce for retirement within the next 10 years.

Ms Richardson: One of the things that all nursing categories are struggling with in this province right now is directly attributable to the dramatic reduction in funding of health care services that took place in the mid-1990s and was euphemistically referred to as "restructuring." One third of all registered nurse positions were cut between 1993 and 1995. We lost four years of graduands from 1994 through 1998. Those people had to leave the province to get jobs. They will not be back.

The numbers Ms Fredrickson is referring to were also affected by the dramatic cuts in the health care delivery system. Hence, when she shares with you the information about the dramatic decrease in numbers of LPNs in the mid-1990s, that decrease is associated, in my opinion, with the "restructuring."

It is very difficult, once the number of jobs has been reduced — and you are dealing with a more mature cadre of workers in whatever category — to promote that particular occupational group.

The other comment I have is that this province did not close its hospital-based diploma nursing programs until 1995. Hence, one of the things that happened — and prior to 1995, two thirds of all of our graduates entering practice as RNs came from the four hospital-based diploma programs — is that those students were used for service. It does not matter how you cut it, they were there on the roster somewhere in their two-and-a-half or three-year program.

Mme Heather Smith, présidente, United Nurses of Alberta:

Il existe aussi des problèmes concernant les effectifs d'infirmières auxiliaires autorisées. Je ne pense pas qu'il s'agisse nécessairement d'une question de non-utilisation dans certaines régions de la province. À ma connaissance, la pénurie en infirmières auxiliaires autorisées est encore plus importante que la pénurie en infirmières accréditées.

C'est pourquoi je ne suis pas d'accord avec le contenu du commentaire.

Mme Fredrickson: Je suis également directrice administrative de l'organisme de réglementation de la profession d'infirmières auxiliaires autorisées dans cette province. À ce titre, je peux vous dire que, rien que dans cette province, nous sommes passés de 8 600 infirmières auxiliaires autorisées en 1986 à 4 300 il y a deux ans.

La vice-présidente: Que s'est-il passé?

Mme Fredrickson: Ces personnes ont été licenciées; elles ont été éliminées du système. Il n'y avait pas de travail pour les infirmières auxiliaires autorisées et, par conséquent, personne ne choisissait ce métier. Notre nombre commence à réaugmenter, mais cela prendra du temps. Comme dans le cas de l'AARN, une partie très significative de nos effectifs partira à la retraite dans les 10 ans qui viennent.

Mme Richardson: L'une des choses contre lesquelles toutes les catégories d'infirmières se battent présentement dans cette province est la conséquence directe des restrictions budgétaires draconiennes en matière de services de soins de santé qui ont eu lieu vers le milieu des années 90 et auxquelles il est fait référence par euphémisme avec le terme de «restructuration.» Un tiers de tous les postes d'infirmières accréditées a été supprimé entre 1993 et 1995. Nous avons perdu quatre années de jeunes diplômés de 1994 à 1998, car ces personnes ont dû quitter la province pour trouver du travail. Elles ne reviendront pas.

Les chiffres auxquels Mme Fredrickson fait référence ont également été touchés par les restrictions budgétaires draconiennes dont a été victime le système de fourniture de soins de santé. C'est pourquoi la baisse très importante vers le milieu des années 90 du nombre d'infirmières auxiliaires autorisées dont elle vous parle est due, à mon avis, à la «restructuration.»

Il est très difficile, une fois que le nombre des emplois a été réduit — et vous avez alors des employés plus âgés, quelle que soit la catégorie — de promouvoir ce groupe professionnel particulier.

L'autre commentaire que je ferai est que cette province n'a arrêté ses programmes permettant d'obtenir des diplômes en soins infirmiers dispensés dans les hôpitaux qu'en 1995. C'est pourquoi ce qui se passait — et avant 1995, deux tiers de toutes nos jeunes infirmières accréditées diplômées entrant en fonction étaient issues de ces programmes — est que ces étudiants étaient utilisés au sein du service. Quel que soit l'angle où vous vous placez, ils faisaient partie des effectifs actifs à un moment donné de leur programme s'étalant sur deux ans et demi ou trois ans.

We have a particular history in this province about student labour that lasted longer than most other provinces, and this is also a factor in relation to the LPN situation. When you have a student labour force, even if it is only used partially, it reduces the demand for the LPN category because they have been, by employers, used interchangeably.

Hence, the situation is very difficult for the category that we call LPN at this point in time.

Senator Pépin: I know that Quebec is facing a similar situation. During restructuring, many nurses were laid off. Currently, there is a shortage; however, the nurses are gone and will not come back. So I know what you are talking about.

Dr. Wilson, I am interested in what you said about home care, nursing homes, and the statistics about the numbers of people using hospitals. You said that 78 per cent were rural residents. It would appear that well-structured home care will become a necessity, as well as palliative care.

We did a study last year on palliative care, and every year we will try to update it. I intend to read your study; it is very important. As Senator Morin mentioned, you are the first researcher to give us information of the type you presented here.

Ms Ballermann, you spoke about salary differences among allied health workers. If we look at the teamwork option, the issue of salary differences will have to be — what I am trying to say is that the unions will have a lot to do with that.

Ms Ballermann: Absolutely. It is our job to negotiate for adequate salaries for our union members. The reality is that the sheer numbers of our membership has not given us the clout. We congratulate our nursing colleagues, because we have been able to capitalize on some of their gains over the years, but we have not in other areas.

The sheer numbers makes a big difference as to the bargaining power that we hold and our governments' — and this is primarily provincial governments — treatment of the bargaining situation. We look at other jurisdictions with a great deal of trepidation. We have seen in British Columbia, for example, where the government, I believe, has created a very difficult situation, one that has caused a lot of tension between different disciplines, by giving a very significant increase in salary to nurses, a less significant salary increase to a large number of the allied health professions and what can only be called an insult to about 35 per cent of their allied health workers. If that is reflective of the relative value our governments — we can talk about the Regional Health Authorities having the roles, but the funding comes from the governments — place on these workers, then the government sets up a situation of real morale problems. When young people look at these professions and ask themselves, "What am I going to

Nous avons une histoire particulière dans cette province en ce qui concerne le travail des étudiants qui a duré plus longtemps que dans la plupart des autres provinces, et il s'agit là aussi d'un facteur expliquant la situation des infirmières auxiliaires autorisées. Lorsque des étudiants travaillent, même si ce n'est qu'à temps partiel, la demande en infirmières auxiliaires autorisées se trouve réduite, car les employeurs ont utilisé les deux catégories de façon interchangeable.

C'est pourquoi la situation de la catégorie que nous appelons infirmières auxiliaires autorisées est présentement très difficile.

Le sénateur Pépin: Je sais que le Québec connaît une situation équivalente. Pendant la restructuration, de nombreuses infirmières ont été licenciées. Présentement, il y a une pénurie; toutefois, les infirmières sont parties et ne reviendront pas. Alors je sais de quoi vous parlez.

Docteure Wilson, je suis intéressée par ce que vous avez dit à propos des soins à domicile, des établissements de soins infirmiers et des statistiques concernant le nombre de personnes utilisant les hôpitaux. Vous avez dit que 78 p. 100 d'entre elles vivent en milieu rural. Il semblerait que des soins à domicile bien organisés deviennent une nécessité, de même que des soins palliatifs.

Nous avons effectué l'année dernière une étude sur les soins palliatifs, et chaque année, nous essaierons de la mettre à jour. J'ai l'intention de lire les résultats de votre étude; c'est très important. Comme M. le sénateur Morin l'indiquait, vous êtes le premier chercheur à nous donner des informations du type de celles que vous avez présentées ici.

Madame Ballermann, vous avez parlé des différences salariales entre employés paramédicaux. Si nous envisageons l'option du travail en équipe, la question des différences salariales devra être abordée — ce que j'essaie de dire est que les syndicats auront fort à faire à ce sujet.

Mme Ballermann: Absolument. Notre rôle est de négocier des salaires appropriés pour les adhérents de notre syndicat. La réalité est que l'effectif lui-même de nos adhérents ne nous donne que peu de poids. Nous félicitons nos collègues infirmières, car nous avons réussi à profiter de certains des avantages qu'elles ont acquis au fil des années, mais nous n'avons rien obtenu dans d'autres domaines.

Les effectifs eux-mêmes ont une importance capitale sur le pouvoir de négociation que nous possédons et sur la façon dont les gouvernements — et je parle principalement des gouvernements provinciaux — nous considèrent lors des négociations. Nous regardons ce qui se passe dans d'autres régions avec une grande appréhension. Nous avons vu le cas de la Colombie-Britannique, par exemple, où le gouvernement a créé, je crois, une situation très difficile provoquant de nombreuses tensions entre les différentes disciplines, en donnant une augmentation de salaire très significative aux infirmières, une augmentation de salaire moins significative à un grand nombre de professions paramédicales et une augmentation ne pouvant être considérée que comme une insulte à environ 35 p. 100 des employés paramédicaux. Si cela reflète l'estime que nos gouvernements — nous pourrions aussi parler du rôle des administrations sanitaires régionales, mais le financement vient

be able relative to my education," the choice becomes much easier, because that kind of a differential cannot be justified.

Senator Pépin: Ms Richardson, you talked about the percentage of nurses who are between 35 and 50 years old. You also said that, to encourage nursing as a profession, a tax relief or grant could be introduced. Tell me more about that. Do you mean that by subsidizing their education we will be able to get more nurses?

Do you believe that that would entice people into the profession, regardless of the working conditions and the reported lack of respect? Explain that to me a little bit more.

Ms Richardson: I was referring to additional financial assistance for tuition and other expenses. I will give you specific examples of students with whom I have had contact. Some of them are graduating with loans of up to \$20,000.

One of the things we are trying to do in nursing — and we have been quite successful at this — is to recruit people when they know that jobs are available. There is not a shortage of applicants for educational seats; there is a shortage of educational seats.

Every single educational agency that offers a pre-licensure program in this province has got at least four qualified applicants for every seat that they can provide. One of the challenges for a number of students — and I am not saying all, but it is a significant proportion — is paying for their educational experience. They have to pay their tuition; they have to pay for their books. Many of them have to pay additional living costs, although we do have transfer programs at regional colleges to facilitate students remaining in their geographic locale.

What I have suggested is a method of assistance for individual students, not the educational programs per se, but for the individual students, possibly tax credits, possibly increased grants, so that they would not be facing such horrendous loans in some cases.

Also, if we wish to attract more mature individuals, and this is an increasing proportion of the recruits to nursing, they very often have dependents. They are not the cadre that we were recruiting into nursing 15 years ago, certainly not 20 years ago.

Senator Pépin: My next question: What is the average age of those recruits?

Ms Richardson: I cannot give you the statistics off the top of my head; I am not sure we are even collecting them. We do know that there is an increasing proportion of what we loosely refer to

des gouvernements — portent à ces employés, alors ils instaurent une situation où tout enthousiasme est détruit. Lorsque les jeunes gens considèrent ces professions et se demandent: «Que vais-je être capable de faire avec ma formation?», le choix devient beaucoup plus simple car il n'existe aucune justification à ce type de différences.

Le sénateur Pépin: Madame Richardson, vous avez parlé du pourcentage d'infirmières âgées de 35 à 50 ans. Vous avez également dit que, pour encourager la profession d'infirmière, un dégrèvement fiscal ou l'octroi d'une bourse devrait être institué. Parlez-moi un peu plus de cela. Voulez-vous dire que nous serions capables de former plus d'infirmières si nous subventionnions leurs études?

Croyez-vous que cela attirerait les gens vers cette profession, malgré les conditions de travail et le manque de respect mentionné? Expliquez-moi cela un peu plus en détail.

Mme Richardson: Je faisais allusion à une aide financière supplémentaire pour couvrir les frais de scolarité et autres dépenses. Je vais vous donner des exemples particuliers d'étudiants avec qui j'ai été en contact. Certains d'entre eux obtiennent leurs diplômes en ayant fait des emprunts allant jusqu'à 20 000 \$.

L'une des choses que nous essayons de faire dans le domaine des soins infirmiers — et nous y avons assez bien réussi — est de recruter des personnes qui savent quand des postes seront disponibles. Nous ne manquons pas de candidats aux programmes de formation; nous manquons de place dans les programmes de formation.

Chaque institut proposant un programme de formation dans cette province reçoit au moins quatre candidatures valables pour chaque place qu'il peut offrir. L'un des défis pour un certain nombre d'étudiants — et je ne dis pas pour tous, mais tout au moins pour un pourcentage significatif d'entre eux — est de financer leurs études. Ils doivent payer leurs frais de scolarité; ils doivent payer leurs livres. Nombre d'entre eux doivent payer des frais supplémentaires pour se loger et se nourrir, même si nous proposons des programmes satellites dans les collèges régionaux permettant aux étudiants de rester dans leur zone géographique d'origine.

Ce que je suggérais est une méthode d'aide individuelle aux étudiants, et non pas aux programmes de formation en soi, comme peut-être un dégrèvement fiscal ou une bourse plus importante, afin qu'ils ne soient pas obligés de recourir à des emprunts si lourds dans certains cas.

De plus, si nous désirons attirer des individus plus âgés, et il s'agit là d'une proportion grandissante des recrutements dans le domaine des soins infirmiers, il nous faut tenir compte du fait qu'ils ont souvent des personnes à charge. Ils n'entrent pas dans le schéma des personnes que nous recrutons dans ce domaine il y a 15 ans, et encore moins il y a 20 ans.

Le sénateur Pépin: Ma prochaine question est la suivante: Quel est l'âge moyen de ces recrues?

Mme Richardson: Je ne saurais vous donner un chiffre à brûle-pourpoint; je ne suis même pas certaine que ces chiffres soient conservés quelque part. Nous savons juste qu'il existe une

as mature students, hypothetically 25 and over; there is an increasing number who are 30 and 35. We are dealing here with people who sometimes are recycling from other careers. Some may have spouses, some may have dependents in the form of children, and we are getting some who have parents who are dependents.

Hence, the age spectrum of recruits into nursing is much greater. Their socio-economic characteristics are considerably different; and, on average, as the Canadian Nurses Association has also pointed out, because we are recruiting a larger proportion of more mature people, their occupational life span will be shorter.

Senator Pépin: Ms Fredrickson, do you face this same problem?

Ms Fredrickson: The average age of our students here in Alberta is 29.5 years. Therefore, it certainly is very similar.

Senator Keon: Thank you all for attending here and for taking the time to present on behalf of your relevant constituencies. It is interesting to experience the interface between all of the health disciplines, including the disciplines you represent in medicine and nursing, to be aware that each one is groping for its place in the sun in the overall system. The other interesting thing is that each health discipline seems to be lengthening its training and increasing its educational aspirations. Certainly, this is true in medicine, and I think it applies to every health discipline.

Paradoxically, the overall human resources in health care are just not there anymore, as long as we are depending on the government. I have often thought it would be enormously interesting if one could put the 35 to 40 health disciplines in a big room with appropriate representation and have a think-tank on where the appropriate place of each one of them in the overall system is. That would be a very difficult exercise, because there would be no agreement. I appreciate the enormous responsibility that each one of you as a leader has to your own discipline, to see that your discipline is properly taken care of.

Nonetheless, in the overall scheme of things, somewhere along the line, we will have to find some sort of solution to this, instead of continuing to approach it serendipitously and by letting each discipline find its place in the overall system as we go along.

I am going to ask each one of you to comment on that. I do not particularly care which side of the table goes first, but I would like to hear your comment.

Ms Richardson: I would be delighted to respond to that, Senator Keon. I quite concur. I think the time has long passed when individual disciplines can just be left on their own without any interface either with the health care delivery system or their collegial disciplines. I would caution against any kind of imposed

proportion grandissante de ce que nous appelons librement des «étudiants âgés», ayant sans doute 25 ans et plus; il existe une augmentation du nombre de personnes âgées d'environ 30 ou 35 ans. Nous sommes parfois en présence de gens qui changent d'orientation de carrière. Certains ont des conjoints, certains peuvent avoir des enfants ou même des parents à charge.

C'est pourquoi la pyramide des âges des recrues dans le domaine des soins infirmiers est beaucoup plus étendue. Leurs caractéristiques socio-économiques varient considérablement; et en moyenne, comme l'a indiqué l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, puisque nous recrutons une plus grande proportion de personnes plus âgées, la durée de leur vie professionnelle sera plus courte.

Le sénateur Pépin: Madame Fredrickson, êtes-vous confrontée au même problème?

Mme Fredrickson: L'âge moyen de nos étudiants ici en Alberta est de 29,5 ans. Par conséquent, nous sommes dans une situation certainement très similaire.

Le sénateur Keon: Merci à toutes d'être venues ici et d'avoir pris le temps d'effectuer des présentations au nom de vos organismes respectifs. Il est intéressant de voir l'interface existant entre toutes les disciplines concernant la santé, y compris les disciplines que vous représentez en médecine et en soins infirmiers, et de se rendre compte que chacun essaie de faire sa place au soleil dans le système global. L'autre chose intéressante est que chaque discipline concernant la santé semble voir augmenter son temps de formation et ses attentes quant à cette formation. Ceci est sans aucun doute vrai en médecine, mais s'applique aussi, je pense, à toutes les disciplines concernant la santé.

Paradoxalement, les ressources humaines globales dans le domaine des soins de santé ne sont plus suffisantes, tant que nous dépendrons seulement du gouvernement. J'ai souvent pensé qu'il serait extrêmement intéressant de réunir dans une grande pièce les représentants appropriés des 35 à 40 disciplines concernant la santé et d'avoir une réflexion approfondie sur la place que chacun doit occuper dans le système global. Il s'agirait d'un exercice très difficile, car il n'y aurait pas de consensus. J'apprécie la responsabilité énorme qui incombe à chacune d'entre vous en tant que dirigeante dans votre propre discipline, de veiller à ce que celle-ci soit traitée correctement.

Pourtant, en considérant le schéma du système dans son ensemble, nous devons trouver quelque part une solution au problème au lieu de continuer à avoir une approche au coup par coup, et nous devons laisser chaque discipline trouver sa place dans le système global au fur et à mesure de nos avancées.

Je vais demander à chacune d'entre vous de faire un commentaire à ce sujet. Je n'ai pas vraiment de préférence quant à la personne qui commencera à parler, mais je voudrais écouter vos commentaires.

Mme Richardson: Je serais heureuse de répondre à cela, sénateur Keon. Je suis bien d'accord. Je pense qu'il y a longtemps que nous ne pouvons plus laisser les différentes disciplines autonomes sans interconnexions avec le système de distribution des soins médicaux ou avec leurs disciplines connexes. Je vous

hierarchy, and I would suggest that it would start out as a hierarchy. However, I do concur that it would be very useful to approach the problem from a practical perspective.

If we look, for example, at one section of the health care labour force — and I will use the term “nursing,” small “n,” and incorporate not only registered nurses but LPNs into that category. We have never sat back in this country, in my opinion, nor to my knowledge in any province in any significant way, and said, “How best can we utilize these categories?” In fact, we have had a situation where there has been dramatic fluctuation in recruitment, in retention and in utilization of these categories.

Ms Fredrickson has spoken eloquently to the variation in the use of what we refer to as the LPN category across the country. Why?

Hence, I would endorse your overall intent.

Dr. Wilson: I will just address another concern that feeds into this, that of regionalization. The regions in Alberta were not given control of payment for physicians. That was the one thing that was left out. How can you plan — you can certainly plan for pharmacy and nurses and what have you — when your doctors who are the cost drivers are outside of that system? That is all I will say.

Ms Ballermann: Certainly, there are some elements of turf protection. I think any of us would be dishonest if we were to deny that that is an aspect of our health care system today. Nevertheless, we have seen some very successful team approaches. For example, I am a physical therapist. My home base is the Glenrose Hospital here in Edmonton, where they have had a number of self-directed teams. I hasten to add that I am not doing active clinical practice at the moment. In any event, they have had self-directed teams, where the professionals come together. There will be the nurse, the physiotherapist, the occupational therapist, the recreation therapist, perhaps a pharmacist, working together to plan the care of a specific patient; and the physicians, of course, are there as well.

There is still the hierarchy of the physician at the top of the heap. I do not see, quite frankly, anywhere in the near future that that is likely to change. However, within the context of some of these self-directed teams, we have had some very good successes.

We had an interesting situation in that very institution where the hierarchy had disappeared within the various disciplines. My physiotherapy colleagues were saying, “We do not rely on anyone to supervise us, per se. We are empowered to make various decisions.” To save money, however, the region decided that a hierarchy system must be re-established, because of this additional responsibility that people had to be self-directed. They were being paid at a higher level. “We have just declassified a whole bunch of people to a lower level — re-established a hierarchy,” the region said. That has been tremendously frustrating for our members.

mets en garde contre toute hiérarchie imposée, quelle qu'elle soit, car je pense que ce serait une hiérarchie de départ. Je suis toutefois d'accord qu'il serait très utile d'envisager le problème d'un point de vue pratique.

Considérons par exemple une section de la main d'œuvre des soins de santé — j'utilise ici le terme «la profession infirmière» de façon générale en assimilant à cette catégorie non seulement les infirmières autorisées mais aussi les infirmières auxiliaires. À mon avis et à ma connaissance, dans ce pays, jamais nous n'avons pris le temps de réfléchir de quelque manière que ce soit à la meilleure manière d'utiliser ces catégories. De fait, nous avons fait face à une situation de fluctuations phénoménales dans le recrutement, la rétention et l'utilisation de ces catégories.

Mme Fredrickson a parlé avec éloquence des variations dans l'utilisation de ce que nous appelons la catégorie des infirmières auxiliaires dans l'ensemble du pays. Pourquoi?

Par conséquent, j'approuve votre intention globale.

Dre Wilson: Je vais me tourner vers un autre problème qui en découle, il s'agit de la régionalisation. En Alberta, le contrôle de la rémunération des médecins ne relève pas des régions. Ce facteur a été laissé de côté. Comment est-il possible de planifier? Vous pouvez certainement planifier la pharmacie, les infirmières et autres, mais que faire quand les médecins, qui sont ceux qui déterminent les coûts principaux, se trouvent hors de ce système? C'est tout ce que j'ai à dire.

Mme Ballermann: C'est certain, ce sont des éléments de protection de territoire. Je pense que nous ne serions pas honnêtes si nous refusions d'admettre que cela constitue un aspect de notre système de soins de santé à l'heure actuelle. Nous avons pourtant vu du travail d'équipe très réussi. Par exemple, je suis physiothérapeute. Mon port d'attache est Glenrose Hospital ici à Edmonton, où nous avons mis sur pied un certain nombre d'équipes autodirigées. Je me dépêche d'ajouter que je n'exerce pas en pratique clinique à ce moment. Quoi qu'il en soit, nous avons formé des équipes auto-dirigées où les professionnels travaillent ensemble. L'infirmière, le physiothérapeute, le thérapeute du travail, le thérapeute des jeux, peut-être un pharmacien collaborent à la mise au point les soins d'un patient avec bien entendu, la participation du médecin.

On constate que la hiérarchie avec le médecin en tête de file existe encore. Franchement, je doute que cela change dans un avenir immédiat. Toutefois, nous avons obtenu de très bons résultats dans le cadre de certaines de ces équipes auto-dirigées.

Une situation intéressante s'est produite dans ce même établissement où la hiérarchie avait disparu au sein les différentes disciplines. Mes collègues de physiothérapie disaient, «Nous ne comptons sur personne pour nous superviser. Nous sommes habilités à prendre certaines décisions.» Toutefois, par mesure d'économie, la région a décidé que le système de hiérarchie devait être rétabli car, à cause des responsabilités accrues des employés à s'auto-diriger, ils étaient payés à un niveau supérieur. «Nous venons de ramener tout un groupe d'employés à un niveau inférieur, rétablissez la hiérarchie,» a décrété la région. Cela a été terriblement frustrant pour nos membres.

Ms Fredrickson: In my presentation, I did talk about the national nursing sector study. One of the mandates of that study is to look at the nursing knowledge, skills and competencies of the three regulated nursing groups, which is the registered nurse, the registered psychiatric nurse in the four western provinces, and the licensed practical nurse.

There is some hope that, if we get into a room, we will be able to discuss where the roles of each should be — where one will end and the other will continue — and what the knowledge and competency should be of each individual practitioner. I have hope that that will happen.

However, before you look at putting it into practice, the education system has to be foremost in terms of looking at how we train people, because there are silos in the education system, not just in practice. The silos start there, and then they continue into practice.

Ms Smith: Just a couple of comments. In terms of turf protection and human health resources, one thing that is not mentioned in my reading of the report is the whole other group of providers, the unregulated. What you have here are the representatives of the regulated health care providers. Unfortunately, for a variety of reasons, one of the greatest issues confronting our health care system, particularly in long-term care, is the massive use of unskilled, which I think brings us back to the issue of public administration and, with that, public accountability in terms of our system.

Also in terms of turf protection and getting all of the providers in a room to duke it out, as it were, one of the significant barriers to that is a simple lack of confidence, which creates a type of paralysis and, in fact, accentuates and makes turf protection an even bigger problem for us. Until we are giving clear signals of confidence in our health care system, and I would say confidence in our public health care system and confidence in the delivery of public health services, there will be an ongoing problem with workers being unwilling to share or to look at alternatives because of the basic economics they are facing and the determinants of their own health.

The Deputy Chairman: I wish to thank every one of the witnesses. The presentations have been very interesting and useful. We have a lot of reading in front of us, in order to properly incorporate this into our study.

The committee recessed.

Upon resuming.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

The Chairman: Senators, let us begin. Our first witnesses this afternoon are Christine Burdett, the provincial chair of Friends of Medicare, and Kevin Taft, who is the co-author of a book that has just been circulated.

Mme Fredrickson: Dans ma présentation, j'ai mentionné l'étude nationale du secteur infirmier. Un des mandats de cette étude était d'examiner les connaissances, les habiletés et les compétences des trois groupes infirmiers réglementés qui sont les infirmiers autorisés, les infirmiers psychiatriques dans les quatre provinces de l'Ouest canadien et les infirmiers auxiliaires autorisés.

Nous espérons que, si nous nous réunissons autour d'une table, nous pourrions définir les rôles de chacun — où un rôle se termine et où l'autre continue — ainsi que les connaissances et les compétences de chaque praticien. J'ai bon espoir que cela se réalisera.

Pourtant, avant d'essayer de mettre cela en pratique, le système d'enseignement a un rôle important à jouer: celui d'examiner les méthodes de formation des travailleurs, parce qu'il y a des entités isolées dans le système d'enseignement et non seulement dans l'exercice des professions. Les entités isolées commencent là et continuent dans la vie professionnelle.

Mme Smith: Juste deux ou trois commentaires. En ce qui concerne la protection des territoires et les ressources de santé, un point qui n'a pas été mentionné dans ma lecture du rapport est un groupe entier de fournisseurs de soins, ceux qui ne sont pas accrédités. Ici, nous examinons les représentants des fournisseurs de soins de santé réglementés. Malheureusement, pour différentes raisons, l'une des plus grandes questions qui se pose dans notre système de santé, en particulier dans les soins de longue durée, est celle de l'utilisation massive de travailleurs non spécialisés, ce qui nous ramène à la question de l'administration publique et, avec cela, à la responsabilité du secteur public par rapport à notre système.

En ce qui concerne la protection des territoires et l'idée de réunir tous les fournisseurs de soins pour discuter franchement, je crois que l'un des plus grands obstacles qui se dresse est tout simplement un manque de confiance qui crée une sorte de paralysie et de fait, accentue et rend cette protection un problème encore plus insurmontable pour nous. À moins que nous envoyions des signaux de confiance dans notre système de soins de santé, je dirais même de confiance dans notre système de soins de santé et dans la distribution des services de santé publique, nous devons faire face à un problème continu de travailleurs peu désireux de communiquer avec d'autres et d'envisager de nouvelles solutions en raison des considérations économiques auxquelles ils doivent faire face et des facteurs déterminants de leur propre santé.

La vice-présidente: J'aimerais remercier chacun des témoins. Les présentations ont été très intéressantes et utiles. Nous avons beaucoup de lecture à faire pour incorporer tous ces documents correctement dans notre étude.

Le comité suspend ses travaux.

Le comité reprend ses travaux.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

Le président: Messieurs et mesdames les sénateurs, commençons. Nos premiers témoins cet après-midi sont Christine Burdett, présidente provinciale de Friends of Medicare et Kevin Taft, coauteur d'un livre qui a circulé parmi nous.

Thank you very much for attending here today. Ms Burdett, can I ask you to begin, and then we will turn to Mr. Taft. Following that, we will have our usual round of questions and answers.

Ms Christine Burdett, Provincial Chair, Friends of Medicare: I should first like to introduce my colleague, Tammy Horne, who is an independent researcher with Friends of Medicare.

Thank you, honourable senators, for giving us this opportunity to present our case in support of medicare.

The term "evidence-based" has become the buzzword in health care. Indeed, I have heard it from your own committee on occasion. If we talk about evidence-based decision making in health care, we have no choice but to acknowledge the overwhelming weight of evidence in support of medicare, evidence that indicates that publicly funded, publicly administered and publicly provided health care is more cost effective, as well as being more compassionate and just.

I could sit here for my entire presentation and cite title after title of peer-reviewed research that supports public health care. I am not going to do that. Indeed, I do not need to do that. You can just read the bibliography in Mr. Taft's book.

I know that you are as aware as I am of the incredible weight of evidence in support of medicare compared with the lack of evidence in support of private for-profit care. For-profit hospitals have higher costs than not-for-profit hospitals and public hospitals, which are operated on a non-profit basis.

In instances where total patient costs are similar as between for-profit and not-for-profit hospitals, the similarity is achieved by having longer lengths of stay to offset higher daily costs in for-profit facilities. That comes from Ettner and Herman, which was published in the *Journal of Health Economics*.

During the Bill-11 debate here in Alberta, Friends of Medicare and groups like us, as well as concerned citizens, provided study after study in support of medicare, and our government was reliably informed and sought evidence to the contrary without any success.

Your committee has looked at various schemes for reducing the cost of medicare, and it seems, in reading some of your reports, that you may have bought into the fallacy, popular in some quarters, that medicare is not sustainable.

When will we stop framing the medicare debate in terms of public versus private, user fees and medical savings accounts and start talking about real changes, changes that can improve medicare without putting it at risk.

Je vous remercie de votre présence ici aujourd'hui. Madame Burdett, veuillez commencer, puis nous nous tournerons vers M. Taft. Ensuite, nous tiendrons notre session habituelle de questions et réponses.

Mme Christine Burdett, présidente provinciale de Friends of Medicare: Je devrais en premier présenter ma collègue, Tammy Horne, chercheuse indépendante auprès de Friends of Medicare.

Merci, messieurs et mesdames les sénateurs, de nous donner cette occasion de présenter notre cas à l'appui de l'assurance-maladie.

L'expression «fondé sur l'expérience clinique» est devenue au goût du jour dans le domaine des soins de santé. J'ai en fait entendu votre propre comité l'utiliser à l'occasion. Si nous voulons prendre des décisions «fondées sur l'expérience clinique» dans le secteur des soins de santé, nous n'aurons d'autre choix que de reconnaître la force écrasante de la preuve en faveur de l'assurance-maladie, évidence qui indique que des soins de santé subventionnés, administrés et distribués par l'état sont plus efficaces par rapport au coût tout en étant aussi plus humains et plus équitables.

Je pourrais consacrer mon entière présentation à citer titre après titre de recherches fiables en faveur du système public de soins de santé. Mais ce n'est pas mon intention. De fait, il n'y a aucun besoin de le faire. Vous venez de lire la bibliographie dans l'ouvrage de M. Taft.

Je sais que vous êtes tout aussi conscients que moi de cette preuve écrasante en faveur de l'assurance-maladie par rapport au manque de preuve à l'appui des soins à but lucratif. Les hôpitaux à but lucratif ont des coûts plus élevés que les hôpitaux à but non lucratif et les hôpitaux publics.

Dans les cas où les frais de patients au total sont similaires entre les hôpitaux à but lucratif et les hôpitaux à but non lucratif, la similarité est atteinte en raison de séjours plus longs qui compensent les frais journaliers plus élevés des établissements à but lucratif. Ce fait, publié dans le *Journal of Health Economics*, est cité par Ettner et Herman.

Pendant le débat du projet de loi 11, ici en Alberta, les Friends of Medicare et d'autres groupes semblables ainsi que des citoyens préoccupés ont présenté étude après étude en faveur de l'assurance-maladie; notre gouvernement a été bien informé et a recherché des preuves contraires en vain.

Votre comité a examiné différents programmes conçus dans le but de réduire les coûts du système d'assurance-maladie. À la lecture de votre rapport, il apparaît que vous avez accepté le mythe, populaire auprès de certains, que l'assurance-maladie n'est pas soutenable.

Quand nous cessons de définir le débat sur l'assurance-maladie en fonction de public contre privé, de droits d'utilisation et de compte d'épargne médicale, nous pourrions alors commencer à envisager de véritables changements qui amélioreront notre assurance-maladie sans la mettre en danger.

When we look at saving money on health care, we should be looking at reducing the overall cost to individuals, not just reducing the cost to government. That would mean looking at a national pharmacare program to reduce drug costs, which have risen far more sharply than any other costs in health care. It would mean implementing salaries for physicians rather than fee for service, using nurse practitioners and multidisciplinary teams, which would not only reduce costs but also lead to better health care.

Much can still be done to develop best practices and information-based treatments and diagnostics. If we are willing to accept a truly difficult task, we must look at the cost in terms of both money and dignity surrounding end-of-life issues.

Why is it so difficult to accept the simple truth that reducing the cost of health care to government is not the same as reducing the cost of health care to individuals? In fact, the tendency is to the opposite.

In the time given, it is not possible to cover all of the evidence in support of medicare, nor is it possible to sum up the importance of medicare to Canadians. Unfortunately, fewer of us remember what it was like before medicare.

About 16 years ago, my husband was ill with the flu. On Boxing Day, he was admitted to intensive care; he came out at Easter. Although the flu occurs commonly in the population, my husband was in intensive care for three long months. I spent many a sleepless night at his bedside, willing him to live, worried about being left to raise two young sons and threatening him with the most dire consequences I could think of if he left me. Never once, however, did I worry about how I would pay for the almost \$500,000 his care cost.

I compare that to a memory from Arthur W. Fletcher of Hythe, Alberta. "The biggest difficulty with the hospital was that payment for the bill had to be made before the patient was admitted. If you had no money available, you had better stay home. One mother died on the hospital steps while her husband was at the desk pleading to have her admitted."

Lillian Laakso of Ottawa said, in part, the following: "When my father was a young man, he worked in the mines in Sudbury, Ontario. He injured his arm somehow, and it became infected. His arm was swollen, and he even had a fever. The nuns at St. Josephs Hospital refused to treat him because he owned no property in town. He walked back to his boarding house, and his landlord walked back to the hospital with him. Then he was treated."

I would like to close with a quote from Dr. Walley Temple, Chief of the Division of Surgical Oncology and Professor with the Departments of Oncology and Surgery with the Faculty of Medicine at the University of Calgary and the Tom Baker Cancer

Quand nous envisageons des mesures d'économies dans le domaine des soins de santé, nous devrions envisager de réduire les coûts aux particuliers et non seulement les coûts au gouvernement. Cela exigerait d'envisager un programme national d'assurance-médicaments qui réduirait le coût des médicaments qui ont augmenté beaucoup plus rapidement que les autres coûts liés à la santé. On pourrait envisager la mise en place de salaires pour les médecins plutôt qu'une rémunération des services, l'utilisation d'infirmiers et infirmières de première ligne et d'équipes multidisciplinaires qui non seulement font baisser les coûts, mais fournissent de meilleurs soins de santé.

On peut encore faire beaucoup pour développer les meilleures pratiques de traitements et de diagnostics informationnels. Si nous voulons bien accepter une tâche vraiment ardue, nous devons envisager les coûts à la fois en argent et en dignité en ce qui concerne les problèmes de fin de vie.

Pourquoi est-il si difficile d'accepter la simple vérité que réduire les coûts des soins de santé pour le gouvernement n'est pas la même chose que réduire les coûts des soins de santé aux particuliers? En fait, la tendance est inverse.

Il n'est pas possible en si peu de temps d'examiner toute la preuve en faveur de l'assurance-maladie, ni de résumer l'importance de l'assurance-maladie pour les Canadiens. Malheureusement, peu d'entre nous se souviennent de la situation avant la mise en place de l'assurance-maladie.

Il y a environ 16 ans, mon mari a attrapé la grippe. Hospitalisé aux soins intensifs le lendemain de Noël, il en est ressorti à Pâques. La grippe est une maladie courante parmi la population, mais mon mari, lui, est resté aux soins intensifs pendant trois longs mois. J'ai passé de nombreuses nuits sans sommeil auprès de lui, essayant de lui donner la volonté de vivre, inquiète d'être laissée seule à élever deux jeunes fils, le menaçant des plus graves conséquences s'il me laissait seule. Pourtant, pas une seule fois, je n'ai eu à m'inquiéter de savoir comment je paierais la facture de presque 500 000 \$ de son traitement.

Je compare cette expérience à un souvenir d'Arthur W. Fletcher de Hythe en Alberta. «La plus grosse difficulté à l'hôpital était que le paiement de la facture devait être versé avant même que le patient puisse être hospitalisé. Sans argent, il valait mieux que vous restiez chez vous. Une mère est morte sur les marches de l'hôpital pendant que son mari était au bureau, suppliant qu'elle soit hospitalisée.»

Lillian Laakso d'Ottawa déclare pour sa part ce qui suit: «Quand mon père était jeune homme, il travaillait dans les mines de Sudbury en Ontario. Il se blessa au bras et la blessure s'infecta. Son bras était enflé et il avait la fièvre. Les religieuses de St. Josephs Hospital refusèrent de le traiter parce qu'il n'était pas propriétaire localement. Il a dû retourner à sa pension et se faire accompagner à l'hôpital par son propriétaire. On a alors consenti à le traiter.»

J'aimerais terminer avec une citation du Dr Walley Temple, chef du service d'oncologie chirurgicale et professeur dans les services d'oncologie et de chirurgie de la faculté de médecine de l'Université de Calgary et du centre de traitement du cancer Tom

Centre, President of the World Federation of Surgical Oncology Societies and editor-in-chief of the *Journal of Surgical Oncology*.

Dr. Temple in April 2000 at a rally in Edmonton, where he said, in part, the following: "Some aspects of our humanity are not for commerce — not blood, not organs, not children and not medicine."

Mr. Kevin Taft, Member of the Legislative Assembly of Alberta: Honourable senators, let me say at the outset that Ms Burdett and I in no way coordinated our presentations, but they will overlap certainly in tone and direction.

Let me begin by just briefly running through my qualifications. In 1973, I was appointed by the Lougheed government and served nine years on a cabinet committee reviewing and monitoring the health care system in Alberta. I served on a second cabinet-appointed provincial task force reviewing the nursing home system in the province. I have worked in the Alberta Hospital Association and in private practice as a consultant. I have a Ph.D. in business. Currently, I am a MLA in Alberta; I am the Liberal health critic.

When I was asked to make a presentation here, I was told I should address my remarks to Volume Four: Issues and Options. In that regard, it is important to note that health care is not a commodity like any other. It is an example of market failure. Health care is widely regarded by health economists to be a product not suited for the marketplace.

That understanding must underlie any health-care delivery approach. I notice in the report that you refer to the four patient-oriented principles of the Canada Health Act but left out the one concerning public administration. I do not know what to make of that. My reading of the evidence is that if we shift away from a publicly administered system, we will see inefficiencies increase, costs rise and a host of other problems. My notes, which have been circulated to you, cite a couple of small examples. The research is clear that a publicly administered system has enormous gains in efficiency over a privately market-driven system.

There were some comments in the report on contracting out for clinical services such as surgeries or other clinical services, and I know there were some questions about that this morning. Contracting out clinical services is very different from contracting out services such as dietary services or laundry services, say. There is a different kind of relationship between a patient and a caregiver than between a purchaser and a supplier. If laundry services are contracted out, that may save money; it may not. Nevertheless, the relationship between the buyer and the seller is essentially that — it is a commercial relationship. The buyer, in this example, a laundry department, can determine exactly the quality and the quantity to be purchased.

Baker, président de la World Federation of Surgical Oncology Societies et éditeur en chef du *Journal of Surgical Oncology*.

En avril 2000, lors d'un rassemblement à Edmonton, le Dr Temple a prononcé entre autres, les mots suivants: «On ne peut pas faire commerce de certains aspects de notre humanité, tels que le sang, les organes, les enfants et la médecine.»

M. Kevin Taft, député de l'Assemblée législative de l'Alberta: Honorables sénateurs, laissez-moi vous assurer pour commencer que Mme Burdett et moi n'avons en rien coordonné nos interventions, mais qu'elles vont certainement se chevaucher à la fois dans le ton et la direction.

Je commencerai par présenter brièvement mes qualifications. En 1973, nommé par le gouvernement Lougheed, j'ai siégé neuf ans à un comité du cabinet chargé d'examiner et de contrôler le système de soins de santé en Alberta. J'ai siégé à une seconde commission d'étude nommée par le cabinet chargée d'examiner le système de maisons de soins infirmiers dans la province. J'ai travaillé à l'Alberta Hospital Association ainsi qu'en cabinet privé. Je suis titulaire d'un doctorat en gestion des affaires. Actuellement membre de l'Assemblée législative de l'Alberta, je suis critique en matière de santé pour les libéraux.

Quand on m'a demandé de faire une présentation ici, on m'a recommandé de faire porter mes remarques sur le quatrième volume, Questions et options. À ce propos, il est bon de faire remarquer que les soins de santé ne sont pas des biens marchands comme les autres. Ils constituent un exemple d'échec du marché. Les soins de santé sont généralement considérés par les économistes comme des produits qui ne sont pas adaptés au marché.

Cette manière de voir les choses doit être sous-jacente à toute approche de distribution des soins de santé. J'ai remarqué que dans le rapport, vous faites référence aux quatre principes centrés sur le patient de la Loi canadienne sur la santé, mais que vous avez omis de mentionner l'administration publique concernée. J'hésite à interpréter cela. Mon interprétation de la preuve est que si nous nous éloignons d'un système administré publiquement, nous verrons un système de plus en plus inefficent, des hausses de coûts et de nombreux autres problèmes. Mes notes, que je vous ai communiquées, en citent deux exemples. La recherche indique qu'un système d'administration publique offre des gains énormes d'efficacité par rapport à un système privé, contrôlé par le marché.

Le rapport examinait la sous-traitance de services cliniques tels que la chirurgie et autres services et je sais que ce matin, certaines questions ont été soulevées à ce sujet. La sous-traitance de services cliniques est très différente de la sous-traitance de services diététiques ou de services de blanchisserie, par exemple. Il existe une relation différente entre le patient et le fournisseur de soins de celle entre un acheteur et un fournisseur. Si les services de blanchisserie sont sous-traités, on pourra peut-être épargner de l'argent ou peut-être pas. La relation entre acheteur et vendeur est essentiellement de nature commerciale. Dans cet exemple, l'acheteur, le service de blanchisserie, peut déterminer exactement la qualité et la quantité à acheter.

Conversely, when I go to my physician with a medical problem — cloudy vision, a pain in my chest, chronic headaches, a lump in my breast, or whatever — I am entering a relationship of trust. I need my doctor's help. The physician has a professional responsibility, in effect, to place the patient's interest above that of himself or herself. The interest of the patient prevails over everything.

That relationship is fundamental differently from marketplace relationships; in fact, it could not be more different. People entering a commercial relationship are under an obligation to place their interests first. As an example, the slogan at McDonald's is, "We do it all for you." Actually, they do not; they do it all to maximize their profits, and great for them. In many cases, it works well; in health care, it does not.

Hence, if we move to contracting out clinical services, the patient, who needs to be able to trust the physician, will be in a relationship with a physician who is connected, say, to organization that may trade on the Toronto Stock Exchange and, thus, has a duty to maximize the profit. When that occurs, the normal checks and balances of the marketplace break down and all kinds of problems arise.

The evidence actually confirms that perspective. For example, if you look at the Gimbel Eye Centre Web site, you will see that that clinic is charging in excess of \$2,000 per eye for a procedure that is done routinely in the public system for between \$700 to \$900 an eye, including the surgeon's fees.

I would refer you to the letters I have attached to my notes. Two of these letters were obtained through freedom of information requests. The letters make clear the efficiencies of public provision of surgical services, in this case, eye surgery, over for-profit provision. Please take the time to read these letters. They illustrate some of the fundamental problems that we are dealing with here.

I should also point out that despite intense public pressure during the Bill-11 debates the Klein government was never able to produce evidence that showed that contracting out surgical services would save money.

It is possible to work to gain efficiencies within the public system. I would, for example, use examples from Edmonton, where particular units have been developed within the public system. Within the public system in Edmonton, there is a major eye surgery unit that easily outperforms any private system in the country. The same is also true for orthopaedic and various other services. It is possible, therefore, to specialize and gain the efficiencies of specialization within a public system.

Your report also contains a number of references to encouraging competition. This is not a new idea. This is an idea that has been studied extensively in the U.S.

Inversement, quand je vais consulter mon médecin à propos d'un problème médical, vue trouble, maux de tête chroniques, grosseur au sein ou autre, j'entre dans une relation de confiance. J'ai besoin de l'aide de mon médecin. Le médecin a la responsabilité professionnelle de placer l'intérêt du patient au-dessus du sien. L'intérêt du patient prime sur tout le reste.

Cette relation est fondamentalement différente des relations du marché; En effet, elles sont diamétralement opposées. Quiconque entre dans une relation commerciale a l'obligation de placer son propre intérêt au-dessus de tout. Prenez par exemple le slogan de McDonald's: «We do it all for you.» (Nous faisons tout pour vous). De fait, ce n'est pas le cas. Tout ce qu'ils font est de maximiser leurs bénéfices, tant mieux pour eux. Dans de nombreux cas, cela fonctionne bien. Mais ce n'est pas le cas dans le domaine de la santé.

Donc, si nous prenons la décision de sous-traiter les services cliniques, le patient, qui doit faire confiance au médecin, sera en relation avec un médecin lié à un organisme qui pourrait être coté à la Bourse de Toronto et par cela même, obligé d'en maximiser les bénéfices. Quand cela se produit, les contrepoids normaux du marché ne sont plus en place et de nombreux problèmes peuvent se poser.

Les témoignages en fait confirment cette perspective. Par exemple, si vous examinez le site Web du Gimbel Eye Centre, vous constaterez que cette clinique demande plus de 2 000 \$ par œil pour un acte médical qui est couramment exécuté dans le système public pour un montant entre 700 et 900 \$ par œil, honoraires chirurgicaux compris.

Je vous demande de vous reporter aux lettres jointes à mes notes. Deux de ces lettres ont été obtenues à ma demande en vertu de la liberté d'accès à l'information. Ces lettres montrent bien les économies de la distribution publique des soins chirurgicaux, dans ce cas, de soins ophtalmologiques, par rapport à la distribution à but lucratif de ces mêmes soins. Veuillez s'il vous plaît prendre le temps de lire ces lettres. Elles illustrent clairement quel sont les problèmes fondamentaux auxquels nous devons faire face.

J'aimerais aussi faire remarquer que malgré une intense pression de la part du public pendant les débats sur le projet de loi 11, le gouvernement Klein n'a jamais été capable de produire des preuves indiquant qu'il serait économique de sous-traiter les services chirurgicaux.

Il est possible de prendre des mesures pour maximiser l'efficacité du système public. Par exemple, j'utiliserais des exemples d'Edmonton où des unités spéciales ont été mises au point au sein du système public. Dans le système public d'Edmonton, il y a une unité importante de soins ophtalmologiques qui bat facilement tous les systèmes privés dans le pays. C'est aussi vrai en ce qui concerne les soins orthopédiques et plusieurs autres services. Il est donc possible de se spécialiser et de réaliser des économies liées à la spécialisation au sein du système public.

Votre rapport contient aussi un certain nombre de références à l'idée d'encourager la concurrence. Ce n'est pas une idée nouvelle. C'est une idée qui a été étudiée à fond aux États-Unis.

I would refer you to some quotations at the bottom of page 28 and page 29 of this book. Ironically, the evidence suggests that the greater the competition among hospitals the lower the efficiencies and the higher the costs. How does that happen, you might ask?

Imagine for a moment that the four major Edmonton hospitals were competing with one another. There would have to be four neonatal intensive care units, four pediatrics wards, four obstetrics departments, four of everything, including CEOs and administrative structures. Instead, we have one region that allocates its resources. Obstetrics is the specialty in one area, burns in another, intensive care in another; the result is that they operate with great efficiencies.

At page 3 of my written brief there are some suggestions for solutions. I should like to run through those quickly.

The first one, which is important — I cannot drive this principle hard enough — is that we formally have to acknowledge that health care is not a market commodity. The evidence for that is overwhelming. Although I like the market and have worked in the free market, it does not work for everything.

We need to commit to stable funding for health care. I would suggest to you that the current level of funding in Alberta for hospitals and physicians is probably adequate, if it were held stable for several years and allowed, of course, for adjustments for inflation and population growth.

We need to move forward to reduce market forces in health care delivery. Drug costs have soared in the last several years. It is not a coincidence that the pharmaceutical industry is one where market forces prevail. We need greater evaluation programs. We need a national public home care system, a national health care labour force plan and national regulations enforced through federal agreements to control conflicts of interest in the health care system.

The Chairman: By the way, you should know that it was Senator Roche who strongly urged us to invite you to come here today, so you can decide afterwards if you want to blame him or thank him.

Let me just clarify a couple of points. We separated out the public administration principle from the others because the other four principles are patient driven; the public administration principle is the means of achieving the objectives. We talk about the administration one later on. We also did that in Volume One. It is clearly a principle of a different kind, which is the rationale for doing that.

With respect to your comments regarding the Gimbel Eye Clinic, which is a private clinic — and correct me if I am wrong — I thought their specialty was laser eye surgery, which is not

Je vous renvoie à certaines citations au bas des pages 28 et 29 de ce livre. Il est ironique que la réalité semble montrer que plus la concurrence est vive entre les hôpitaux, moins on réalise d'économies et plus les coûts sont élevés. Comment est-ce possible, vous demandez-vous?

Imaginez un moment que les quatre hôpitaux les plus importants d'Edmonton soient en concurrence les uns avec les autres. Ils devraient alors offrir quatre unités de soins néonataux intensifs, quatre salles de pédiatrie, quatre services d'obstétrique, quatre de tout, notamment des directeurs et des structures administratives. Au lieu de cela, nous avons une région qui attribue ses ressources. L'obstétrique est la spécialité dans une zone, le traitement des brûlures dans une autre et les soins intensifs dans une troisième. Il en découle qu'ils fonctionnent avec de grandes économies.

À la page 3 de ma communication écrite, j'ai suggéré certaines solutions. J'aimerais en parler brièvement.

La première, qui est importante, et on ne peut trop répéter ce principe, est que nous devons formellement reconnaître que les soins de santé ne constituent pas une marchandise. Les témoignages dans ce sens sont formels. J'aime le marché et j'ai travaillé dans le marché, mais il ne fonctionne pas pour tout.

Nous devons nous engager à financer les soins de santé de manière stable. Je vous suggère que le niveau actuel de financement de l'Alberta en ce qui concerne les hôpitaux et les médecins est probablement adéquat à condition que ce niveau reste stable pendant plusieurs années et qu'il soit bien entendu ajusté pour tenir compte de l'inflation et de la croissance démographique.

Nous devons agir dans le but de réduire les forces du marché au sein de la distribution des soins de santé. Les frais de médicaments ont brusquement augmenté au cours des dernières années. Ce n'est pas par coïncidence que l'industrie pharmaceutique est l'un des secteurs dans lequel les forces du marché s'imposent. Nous avons besoin de programmes d'évaluation plus approfondis. Nous avons besoin d'un système public de soins infirmiers à domicile, d'un plan national pour la main d'œuvre dans le secteur de la santé et d'une réglementation nationale mise en application par des accords fédéraux visant à contrôler les conflits d'intérêts dans le système de santé.

Le président: Vous devriez peut-être savoir que c'était M. le sénateur Roche qui nous a vivement incités à vous inviter ici aujourd'hui, vous pourrez ainsi décider si vous voulez le blâmer ou le remercier après.

Laissez-moi d'abord apporter des précisions sur deux points. Nous avons séparé le principe d'administration publique des autres parce que les quatre autres principes sont contrôlés par le patient; le principe d'administration publique est le moyen d'atteindre les objectifs. Nous discuterons le principe d'administration plus tard. Nous avons aussi fait la même chose dans le premier volume. C'est de toute évidence un principe d'une nature différente, c'est pourquoi nous l'avons traité ainsi.

En ce qui concerne vos commentaires à propos de la Gimbel Eye Clinic, qui est une clinique privée, corrigez-moi si je me trompe, je croyais que leur spécialité était la chirurgie

covered under medicare. I may be wrong, but that has always been my impression. Am I wrong on that?

Mr. Taft: They provide a range of eye surgeries.

The Chairman: Not just laser surgery?

Mr. Taft: Not just laser surgery, no. One of the most common procedures is cataract surgery. They also do something called a "refractive lensectomy," which, in terms of procedure, is identical to cataract surgery. That procedure, for which they charge in excess of \$2,000 per eye, is done routinely in the public system. It is done dozens of times every day in the public system for, depending on the source of the information, \$300 to \$500 in facility costs and another \$400 in surgeon's fees.

The Chairman: It would appear that the hospital system has difficulty determining the actual cost of procedures. Our group reached that conclusion, after speaking to several witnesses. The industry is information-intensive. The information systems in the health care system are unbelievably poor.

I am not arguing with your numbers; I am just curious to how you got them. I understand how you get the \$400. Whatever the doctor is paid he is paid, but how did you get the other costs?

Mr. Taft: Those costs are based on internal information. They were provided by an ophthalmologist who works within the system.

I will give you another example. At a small hospital northeast of Edmonton in Lamont, where they do a lot of cataract surgery, the Board asked management to break down the full cost of that surgery, right down to the electricity.

The Chairman: Cost of capital, the whole thing.

Mr. Taft: Yes. Management did that, and the figure they came up with was just over \$200.

The Chairman: That helps, because it is surprising how few hospitals can provide that kind of information.

Senator Morin: The fact that you are defending medicare is admirable. Medicare is one of the most treasured institutions in the country. You will find very little disagreement with that here.

Of course, the problem is costs. Ms Burdett, the example you provided of your husband's illness was very revealing. The story of the man being denied care because he did not have the resources is a story we have all heard. I remember a time when patients who did not have sufficient resources were just turned away from hospitals. Nobody wants to go back to those days.

Ms Burdett, the fact that your husband was in intensive care from Christmas to Easter with health costs in excess of half a million dollars is revealing. No individual Canadian can pay that. It is a very good example.

ophtalmologique au laser, qui n'est pas prise en charge par l'assurance-maladie. J'ai peut-être tort, mais telle a toujours été mon impression. Ai-je tort?

M. Taft: Ils fournissent une gamme d'interventions chirurgicales ophtalmologiques.

Le président: Et pas uniquement la chirurgie au laser?

M. Taft: Non, pas uniquement la chirurgie au laser. L'une des interventions chirurgicales la plus courante est la chirurgie de la cataracte. Ils offrent aussi une procédure chirurgicale appelée «lenséctomie de réfraction», procédure identique à la chirurgie de la cataracte. Cet acte chirurgical dont le prix est fixé à plus de 2000 \$ par œil, est effectué couramment dans le système public. Il s'effectue des douzaines de fois quotidiennement dans le système public, selon les sources de renseignements, pour 300 à 500 \$ de frais d'équipement et 400 \$ d'honoraires chirurgicaux.

Le président: Il semble que le système hospitalier éprouve des difficultés à déterminer le coût réel des interventions. Notre groupe a abouti à cette conclusion après avoir consulté plusieurs témoins. Le secteur regorge de renseignements. Les méthodes de renseignement dans le système des soins de santé sont incroyablement faibles.

Je ne conteste pas vos chiffres; je suis tout simplement curieux de savoir comment vous les avez obtenus. Je comprends comment vous avez trouvé les 400 \$. Ce sont les honoraires perçus par le chirurgien. Mais comment êtes-vous arrivé à l'autre chiffre?

M. Taft: Ces chiffres se basent sur des renseignements internes. Ils ont été communiqués par un ophtalmologue qui travaille dans le système.

Je vous donne un autre exemple. Dans un petit hôpital au nord-est d'Edmonton à Lamont où l'on effectue de nombreuses opérations de la cataracte, le conseil d'administration a demandé à la direction d'analyser le coût total de cette intervention, même en tenant compte des frais d'électricité.

Le président: Le coûts des investissements et tout.

M. Taft: Oui. La direction l'a fait et le chiffre qui en est ressorti était juste un peu au-dessus de 200 \$.

Le président: C'est une aide, parce que c'est surprenant combien d'hôpitaux ne peuvent pas donner ce type d'information.

Le sénateur Morin: Le fait que vous défendiez l'assurance-maladie est admirable. L'assurance-maladie est l'une des institutions les plus précieuses dans ce pays. Personne ne vous contredira sur ce sujet ici.

Bien sûr, le problème est le coût. Madame Burdett, l'exemple que vous nous avez donné de la maladie de votre mari est très révélateur. L'histoire de l'homme qu'on refuse de soigner parce qu'il n'a pas les ressources est une histoire que nous avons tous entendue. Je me souviens du temps où les hôpitaux refusaient de soigner les patients qui n'avaient pas de ressources économiques suffisantes. Personne ici ne veut retourner à cette période.

Madame Burdett, le fait que votre mari ait été en soins intensifs de Noël à Pâques, encourant des frais médicaux de plus d'un demi-million de dollars est un excellent exemple. Aucun Canadien n'est en mesure de payer une telle somme. C'est un très bon exemple.

At the time, had pharmacare been in place and had there been salaried physicians and nursing practitioners, would that have brought down the cost at all?

Ms Burdett: I think it would have reduced the cost. It is difficult, until you try these things, to know exactly how much it would have reduced the costs. There are several different models of how physicians are paid, and none of them is perfect. Arguments can be made against any of them.

However, when if we look at the fee-for-service method of payment, what we are doing to physicians is turning them into conveyer belts. General practitioners are being given so little for an office visit that, if they want to cover overhead expenses and make a decent living —

Senator Morin: I was referring to your husband's stay in intensive care, where, by the way, the great majority of physicians are salaried.

Ms Burdett: The majority of physicians are salaried; the specialists are not. They still bill on a fee-for-service basis, even if they are seeing someone in the hospital, in Alberta at least.

I know my husband's cost of his care because, at that time, the Alberta health department send out an annual billing statement. There were extensive consultations because the doctors did not know what was ailing my husband. The doctors examined a whole host of possibilities that might have been the cause of his illness; however, the final consideration was that he had influenza B — which incidentally, children get rather than adults usually, and I have used that against him many times since.

However, to answer your question, yes, I do think that in my husband's case costs would have been reduced had the criteria you mentioned been in place. I think in many other cases they can reduce the costs significantly.

Senator Morin: Mr. Taft, when you refer to clinical services where do you draw the line? For example, are you opposed to private radiology clinics? Can you give me a few examples.

Mr. Taft: Yes.

Senator Morin: There are physician groups who own buildings. Physicians often build their own building and share the expenses. These are sometimes referred to as private clinics. Do you extend your objection to private clinics, too?

Mr. Taft: It is important from an economic perspective to separate out a physician in private practice who is paid on a fee-for-service basis from a group of physicians who are, say, working at an HMO in the United States or in Canada at, say, a surgical centre. A physician in private practice working on a fee-for-service basis is paid by the service he performs. If he does not work, he does not get paid; the more he works, the more he gets paid.

On the other hand, a group of investors putting money into, say, a surgical hospital is hoping to live off their capital. The difference in economic terms between wages and capital is fundamental and profound, as you may well understand.

Cette année-là, si l'assurance-médicaments avait été en place et si les médecins et les infirmiers avaient été salariés, le coût aurait-il été moins élevé?

M. Burdett: Je crois que ces mesures auraient fait baisser le coût. Il est difficile, avant d'essayer ces mesures, de savoir exactement de combien les coûts auraient été réduits. Différents modèles de paiement des médecins existent, et aucun n'est parfait. On peut trouver des arguments contre tous.

Toutefois, lorsqu'on envisage une méthode de paiement à l'acte, nous transformons les médecins en travailleurs à la chaîne. Les généralistes gagnent si peu pour une consultation au cabinet que s'ils désirent payer leurs frais généraux et gagner leur vie assez bien...

Le sénateur Morin: Je faisais référence à l'hospitalisation de votre mari en soins intensifs, où d'ailleurs, la plupart des médecins sont salariés.

Mme Burdett: La majorité des médecins sont salariés. Les spécialistes ne le sont pas. Ils facturent encore à l'acte, même s'ils voient un patient à l'hôpital, du moins en Alberta.

Je connais les coûts de l'hospitalisation de mon mari parce que, pendant cette période, le ministère de la Santé de l'Alberta envoyait un relevé de facturation annuel. Il y avait eu des consultations très approfondies parce que les médecins n'arrivaient pas à déterminer quelle était la maladie de mon mari. Les médecins ont envisagé de multiples possibilités de cause de sa maladie; toutefois, la décision finale était qu'il avait la grippe B — qui atteint d'ailleurs normalement plutôt les enfants que les adultes, fait que je ne manque pas de lui rappeler périodiquement.

Toutefois, pour répondre à votre question, oui, je pense que les frais de soins de mon mari auraient été moins élevés si les critères que vous avez mentionnés avaient été en place. Je pense que dans beaucoup d'autres cas, ils peuvent sensiblement réduire les coûts.

Le sénateur Morin: Monsieur Taft, lorsque vous faites référence aux services cliniques, où faites-vous la distinction? Êtes-vous par exemple opposé aux cliniques de radiologie privées? Pourriez-vous me donner quelques exemples?

M. Taft: Oui.

Le sénateur Morin: On voit des groupes de médecins propriétaires de bâtiments. Les médecins font souvent construire leur propre bâtiment et partagent les frais. On les appelle quelquefois des cliniques privées. Êtes-vous aussi contre les cliniques privées?

M. Taft: D'un point de vue économique, il est important de faire la distinction entre un médecin qui exerce en cabinet privé qui est payé à l'acte et un groupe de médecins par exemple qui travaillent dans une organisation de soins de santé intégrés aux États-Unis et au Canada dans un centre chirurgical. Un médecin qui exerce en cabinet privé qui est payé à l'acte est rémunéré pour un service qu'il fournit. S'il ne travaille pas, il n'est pas payé; plus il travaille, plus il est payé.

D'un autre côté, un groupe qui investit dans un hôpital chirurgical, par exemple, espère vivre de son capital. Sur le plan économique, la différence entre salaire et capital est fondamentale et profonde, vous le comprenez.

At present, my most serious concern is that, as we open up the health care system to capital, to the interests of venture capital, we are bringing in a whole different set of economic forces than we have right now.

Senator Morin: In other words, your objection is to the for-profit clinic?

Mr. Taft: That is right.

Senator Morin: Let's talk about the Mayo Clinic. In your opinion, would it be more efficient if it were not a privately owned institution?

Mr. Taft: I am not going to comment on the Mayo Clinic. I do not know the Mayo Clinic.

Senator Morin: It is an example of a privately owned institution.

Mr. Taft: Yes. However, it is not something I know a lot about, so I am not going to comment.

If we were to look at private eye surgery centres in Alberta, clearly they are not as efficient —

Senator Morin: You are giving an example of poor quality of care, whether it is private or public.

Mr. Taft: No.

Senator Morin: They are doing surgery under another name, and they are charging more. That is unacceptable, whether it is a private clinic or a public clinic. What you are describing is ethically unacceptable. It has nothing to do with whether the clinic is a private one or a public one.

When a patient is being overcharged and deceived, that is not ethical.

Mr. Taft: Let me refer you to a letter dated October 1 to Mr. Gary Mar, the Minister of Health for Alberta. You have a copy, if you wish to look at it.

In the second paragraph of that letter, the first sentence reads as follows:

Currently the Active Treatment Center Operating Theatre at the Royal Alexandra Hospital outperforms efficiency at any private center in the Nation...

The letter goes on, in the third paragraph, to describe, with dollar examples, the order of magnitude of efficiency here.

As Ms Burdett said, the evidence suggesting that publicly delivered health care services are more efficient than market driven ones is simply overwhelming. If you want me to provide a 12-inch stack of studies endorsing that, I would be happy to do so.

Senator Morin: I am not necessarily in opposition to what you are saying. I am just trying to understand what you are saying.

Mr. Taft: The marketplace works really well; do not misunderstand me. I am not ideologically opposed to the market. I am delighted with all the things marketplaces provide. Markets

À l'heure actuelle, je m'inquiète vivement de ce que, en ouvrant le système de soins de santé au capital, aux intérêts du capital-risque, nous y invitions un ensemble de forces économiques entièrement différentes de celles que nous avons à l'heure actuelle.

Le sénateur Morin: Autrement dit, vous vous opposez aux cliniques à but lucratif?

M. Taft: C'est exact.

Le sénateur Morin: Parlons de la clinique Mayo. À votre avis, serait-elle plus efficace si elle n'était pas un établissement d'appartenance privé?

M. Taft: Je ne veux pas faire de commentaires sur la clinique Mayo. Je ne connais pas la clinique Mayo.

Le sénateur Morin: C'est un exemple d'établissement d'appartenance privée.

M. Taft: Oui, mais ce n'est pas un établissement que je connais bien, c'est pourquoi je vais m'abstenir de commenter.

Si nous examinons les centres privés de soins ophtalmologiques de l'Alberta, il est évident qu'ils ne sont pas aussi efficaces —

Le sénateur Morin: Vous donnez un exemple de soins de mauvaise qualité, qu'ils soient privés ou publics.

M. Taft: Non.

Le sénateur Morin: Ils effectuent de la chirurgie sous un autre nom et ils sont plus chers. C'est inacceptable, que ce soit une clinique privée ou une clinique publique. Ce que vous décrivez est inacceptable sur le plan de l'éthique. Cela n'a rien à voir avec le fait que la clinique soit privée ou publique.

Si on facture trop le client ou si on ne lui dit pas la vérité, cela va à l'encontre de l'éthique.

M. Taft: Permettez-moi de vous référer à une lettre datée du 1^{er} octobre adressée à M. Gary Mar, ministre de la Santé en Alberta. Vous en avez un exemplaire, si vous désirez en prendre connaissance.

Dans le second paragraphe de cette lettre, la première phrase est exprimée en ces mots:

Actuellement la salle d'opération du centre de soins actif du Royal Alexandra Hospital bat tous les centres privés du pays relativement à l'efficience.

Plus bas dans la même lettre, au troisième paragraphe, est décrite, chiffres à l'appui, l'étendue des économies réalisées.

Comme l'exprime Mme Burdett, la preuve indiquant que les services de soins de santé fournis publiquement sont plus efficaces que ceux qui sont soumis aux forces du marché est tout simplement conclusive. Si vous le désirez, je serais heureux de vous faire parvenir une pile d'études de 12 pouces d'épaisseur qui sont parvenues à cette conclusion.

Le sénateur Morin: Je ne suis pas systématiquement contre votre point de vue. J'essaie simplement de comprendre ce que vous dites.

M. Taft: Le marché fonctionne très bien, comprenez-moi bien. Je ne suis pas idéologiquement opposé au marché. Je suis ravi de tout ce que le marché peut fournir. Mais le marchés ont des limites

have their limits, and those limits can usually be identified through both theory and evidence, and it is very clear that health care is one of those limits.

Senator Keon: Mr. Taft, why do you think people support private clinics if an alternative in a public clinic at a cheaper rate is available?

Mr. Taft: There could be any number of reasons for that. One of the things I did not raise in my comments, but which alarms me, is the suggestion that we might want to expand the opportunity for physicians to work both in the public system and in the private system. I would have taken the opposite view, which is that physicians need to choose one or the other, but not both. Again, the evidence is quite clear on that.

Let's look at a physician who is working in both the public and the private systems. If that physician can make more money in the private system, he or she will tend to steer patients toward that system. There is a study out of Manitoba that confirms these findings. There is a lot of evidence for that out of the NHS in Britain.

Hence, patients might indicate a preference for the private system because that is where their physicians are telling them they ought to go. As I said, there is plenty of evidence for that.

Senator Keon: I am sure that is one reason. However, if we look at some of the wealthy patients from Eastern Canada who use American facilities, it is not because they cannot have rapid access to facilities in Canada. There seems to be some other motivation. I do not know what it is; I was wondering if you had researched it.

Mr. Taft: I have not researched that specifically, and I do not suppose I will ever be in that position. However, if those people want to go to a private hospital, one that is completely outside of the medicare system, more power to them; that is fine. If we start encouraging physicians to work both sides of the fence, we will weaken the public system and increase our problems, I think.

Ms Burdett: It would like to jump in here, if I may. I think part of the reason those people choose to go to private clinics is for the frills. Take the Shouldice Clinic in Toronto, for example. It concentrates mainly on hernias. We hear a lot about it, as an example of a private hospital that works in Canada. The hernia operations that are done at the Shouldice Clinic that keep people in the hospital for three or four days are done on an out-patient basis, that is, day surgery, almost everywhere else, and this is a saving to the health care system. If a person wants to spend three or four days at a luxury clinic, then so be it; that individual is perfectly welcome to do so.

However, we do not need those extras built into our health care system. What we need in our health care system is good care for everyone, not frills for those who can afford it.

et ces limites peuvent être généralement identifiées par la théorie et la preuve pratique. Il est clair que les soins de santé constituent l'une de ces limites.

Le sénateur Keon: Monsieur Taft, pourquoi pensez-vous que certains sont en faveur de cliniques privées quand une clinique privée moins chère est à leur disposition?

M. Taft: Il pourrait y avoir un certain nombre de raisons à cela. L'une des possibilités que je n'ai pas mentionnée dans mes commentaires et qui m'alarme, serait d'offrir aux médecins la possibilité de travailler à la fois dans le système public et le système privé. Je m'oppose vivement à cela, j'estime que les médecins doivent choisir l'un ou l'autre, mais pas les deux. Les preuves sont déterminantes là aussi.

Prenons comme exemple un médecin qui travaille à la fois dans le système privé et le système public. Si ce médecin peut gagner plus d'argent dans le système privé, il ou elle aura tendance à orienter ses patients vers ce système. Une étude qui a été effectuée au Manitoba confirme ces constatations. On trouve d'autres confirmations dans le système national de santé en Grande-Bretagne.

Par conséquent, les patients indiquent peut-être leur préférence pour le système privé parce que leur médecin leur dit que ce serait préférable. Tout semble indiquer cela.

Le sénateur Keon: Je suis sûr que c'est une raison. Toutefois, si nous examinons les cas de riches patients de l'Est du Canada qui utilisent des établissements américains, ce n'est pas parce qu'ils n'ont pas rapidement accès au traitement au Canada. Autre chose semble les motiver. Je me demandais si vous saviez ce que c'est. Je ne sais pas ce que c'est. Vos recherches ont-elles porté là-dessus?

M. Taft: Je n'ai pas recherché cela en particulier et je ne pense pas être en position de le faire. Toutefois, si ces personnes désirent aller à un hôpital privé, entièrement à l'extérieur du régime d'assurance-santé, tant mieux pour eux. Cela ne me dérange pas. Si nous encourageons les médecins à travailler des deux côtés de la barrière, nous affaiblirons le système public et ferons augmenter nos problèmes, je crois.

Mme Burdett: Avec votre permission, j'aimerais intervenir à ce point. Je crois que l'une des raisons pour laquelle ces personnes choisissent d'aller dans des cliniques privées est pour les services superflus. Prenez par exemple la clinique Shouldice à Toronto, qui se spécialise principalement dans le traitement des hernies. Nous entendons beaucoup parler de cette clinique comme un exemple d'hôpital privé qui fonctionne bien au Canada. Le patient est généralement hospitalisé pendant trois ou quatre jours pour une opération de hernie effectuée à la clinique Shouldice, tandis que presque partout ailleurs ces interventions sont effectuées sans hospitalisation c'est-à-dire en chirurgie d'un jour, ce qui est plus économique dans le système de soins de santé. Si quelqu'un veut rester trois ou quatre jours dans une clinique de luxe, cette personne devrait avoir le droit de le faire.

Toutefois, nous n'avons pas besoin d'offrir ces services superflus dans notre système de soins de santé. Ce dont nous avons besoin est un bon système de soins pour tout et non des services superflus pour ceux qui peuvent se les permettre.

Senator Keon: Let us take the example of endoscopy, which is another example of considerable numbers of patients, certainly from eastern Canada, going to the U.S. In the U.S., an individual can have an endoscopy under general anaesthesia, whereas in Canada endoscopy is done on an outpatient basis without general anaesthesia. That might be one reason.

However, I am bewildered trying to understand me why an eye clinic can survive charging twice as much as a publicly funded clinic.

Mr. Taft: Let me tell you why: In Calgary, there is no choice. In Calgary, 100 per cent of all eye surgery is done in one of five private clinics — and this raises the conflicts of interest issue, which is so important. The chief of ophthalmology in the Calgary Health Region owns a company along with two brothers that gets the largest one of those contracts.

An individual who lives in Calgary cannot have eye surgery in the public system. This is a serious problem.

The Chairman: Let me just clarify something. The eye surgery can be covered by the public system but not done in the public system; correct?

Mr. Taft: Yes. Under Bill 11, eye surgery can now be paid for by the public system. The public system pays a higher cost to the private clinics, however, than it does in Edmonton to the public clinics.

Senator Morin: Do you have any private eye clinics in Edmonton?

Mr. Taft: Yes, Edmonton has a small number of private eye clinics.

Ms Burdett: If I might go back to the endoscopy, if you are talking about best practices, best practices dictate the use of a local anaesthetic rather than a general anaesthetic. Far more complications can occur with a general anaesthetic than a local one. Hence, while it may be more comfortable, it is not necessarily the best choice.

Senator Roche: Mr. Taft, unlike my colleagues here who are real experts in this subject, I am not, and therefore I take a layman's approach to the issues here.

To date, we have found out that efficiencies will not do the job in meeting the increased demand for health care and that the system needs more money. That gets us into arguments of federal and provincial taxation bases, and so on. It then leads to the controversial subject of user fees as a way to get more money into the public system.

Would you take me through, as briefly as you can, the user fee question, so that I can straighten out my thinking on what is the

Le sénateur Keon: Prenons l'exemple de l'endoscopie, qui est un autre service pour lequel un nombre considérable de patients, en particulier de l'est du Canada, vont aux États-Unis. Aux États-Unis, un patient subit l'endoscopie sous anesthésie générale tandis qu'au Canada, l'endoscopie s'effectue sans hospitalisation et sans anesthésie générale. Cela pourrait être la raison.

Cependant, je n'arrive pas à comprendre comment une clinique ophtalmologique arrive à survivre en demandant deux fois plus que les cliniques publiques.

M. Taft: Permettez-moi de vous dire pourquoi. À Calgary, il n'y a pas le choix. À Calgary, 100 p. 100 de toutes les opérations ophtalmologiques sont faites dans l'une des cinq cliniques privées, ce qui pose le problème de conflit d'intérêts, qui est si important. Le chef du service d'ophtalmologie de l'office régional de la santé de Calgary est propriétaire, avec deux frères, d'une entreprise qui obtient les contrats les plus importants.

Un résident de Calgary ne peut pas subir d'opérations ophtalmologiques dans le système public. Cela pose un grave problème.

Le président: Permettez-moi de préciser quelque chose. Les opérations ophtalmologiques sont prises en charge par le système public, mais ne sont pas effectuées dans le système public, n'est ce pas?

M. Taft: Oui. En vertu du projet de loi 11, les opérations ophtalmologiques sont maintenant prises en charge par le système public. Toutefois, le système public paie un coût plus élevé aux cliniques privées qu'il ne le fait à Edmonton aux cliniques publiques.

Le sénateur Morin: Y a-t-il des cliniques ophtalmologiques privées à Edmonton?

M. Taft: Oui, Edmonton a un petit nombre de cliniques ophtalmologiques privées.

Mme Burdett: Si je peux me permettre de revenir à l'endoscopie, en parlant de meilleures pratiques, celles-ci dictent l'utilisation d'une anesthésie locale plutôt que d'une anesthésie générale. Beaucoup plus de complications peuvent survenir lors d'une anesthésie générale que d'une anesthésie locale. Donc, le patient est peut-être plus à l'aise, mais ce n'est pas nécessairement le meilleur choix.

Le sénateur Roche: Monsieur Taft, contrairement à mes collègues qui sont de véritables experts en la matière, je n'en suis pas un. Je dois donc prendre l'approche du non-initié aux questions qui se posent ici.

Jusqu'à présent, nous avons trouvé que les économies ne seront pas suffisantes pour répondre à l'augmentation de demande pour les soins de santé et que le système a besoin de plus d'argent. Cela nous mène au débat entre les assiettes fiscales fédérales et provinciales, et cetera. Nous aboutissons ensuite au sujet des droits d'utilisation de manière à amener plus d'argent dans le système public.

Pourriez-vous s'il vous plaît m'expliquer brièvement la question des droits d'utilisation afin que je puisse me faire une

best argument for user fees. What is the best argument against user fees, and where do you come down?

Mr. Taft: My experience with the user fees debate goes back about 20 years. At that time, I was hired by the provincial government to do a paper on user fees. My first reaction was that user fees look reasonable. Then I looked at the evidence — even 20 years ago the subject of user fees had been studied quite a lot. In any event, I had to reverse my position at the end of the project and acknowledge that user fees were not well supported by the evidence.

The appealing argument for user fees is the assumption that health care is a good marketplace commodity. Hence, if we increase the price of a health care service by adding a user fee, we will potentially reduce demand, and we will bring in extra money. Those would be, I think, probably the two biggest arguments in favour of user fees.

The evidence on that, certainly the Canadian experience, is that user fees are, more or less, as expensive to implement as they are valuable in bringing in revenue. Hence, there is no gain on the financial side as.

In terms of discouraging use, user fees do in fact discourage some use, but they discourage use merely from people who cannot afford to pay the fees. They do not have a fair filtering effect. The people who are discouraged from using the health care system tend to be those who need it more often, such as asthmatics and low-income people, for whom a \$5 or \$10 fee is, in fact, a barrier.

What is odd about this is that although those people are discouraged from using the system, the evidence I have seen suggests that the overall utilization does not decline, because physicians have this opportunity to simply increase their patient load through callbacks and things like that.

Hence, the overall impact of user fees is to discourage low-income people and people in poorer health from using the system without having any of the beneficial effects one might expect if health care were a good marketplace commodity. I missed the point, I think.

Senator Roche: How much weight do you ascribe to the negative side as compared to the positive side?

Mr. Taft: I would come down against user fees. At one time, as I say, when I first approached the issue, I thought they looked like a pretty good idea. However, the evidence suggests to me that they will not work in the intended way.

Senator Roche: What do you make of the Swedish example, where we are told that user fees did cut down on so-called abuse of the system?

opinion sur ce qui constitue le meilleur argument en faveur des droits d'utilisation. Quel est le meilleur argument contre les droits d'utilisation et quelle est votre opinion en la matière?

M. Taft: Mon expérience du débat sur les droits d'utilisation remonte à environ 20 ans. À cette époque, j'avais été embauché par le gouvernement provincial pour rédiger un rapport sur les droits d'utilisation. Ma première réaction était que l'idée de droits d'utilisation semblait raisonnable. Ensuite, je me suis penché sur les preuves, même il y a 20 ans, le sujet des droits d'utilisation avait été bien étudié. Quoi qu'il en soit, j'ai dû changer diamétralement d'avis avant la fin du projet et admettre que le bien-fondé des droits d'utilisation n'était pas soutenu dans les faits.

L'argument attrayant en faveur des droits d'utilisation était la supposition que les soins de santé sont un produit marchand comme un autre. En conséquence, en augmentant le prix d'un traitement par des droits d'utilisation, nous réduisons potentiellement la demande et nous apportons plus d'argent dans le système. Ce serait probablement, je crois, les deux arguments les plus convaincants en faveur des droits d'utilisation.

Les témoignages à ce sujet, particulièrement dans l'expérience canadienne, sont que les droits d'utilisation recueillent plus ou moins autant qu'ils coûtent à mettre en place. Il n'y a donc aucun gain à réaliser d'un point de vue financier.

En ce qui concerne l'idée de décourager l'utilisation du service, les droits d'utilisation découragent en fait certaines utilisations, mais uniquement pour personnes qui ne peuvent pas se permettre de payer les droits. Les droits d'utilisation n'ont pas un effet de filtrage équitable.

Les gens qui renoncent à utiliser le système de soins de santé sont en général ceux qui en ont besoin le plus souvent, tels que les asthmatiques et les personnes à faible revenu pour qui des droits de 5 à 10 \$ représentent en fait un obstacle. Ce qui est étrange dans tout cela est que malgré le fait que ces personnes renoncent à utiliser le système, les études que j'ai vues semblent indiquer que l'utilisation globale ne diminue pas, parce que les médecins ont la possibilité d'augmenter leur charge de patients en faisant des rappels ou autres.

Il en découle donc que comme répercussions globales, les droits d'utilisation ont tendance à décourager les personnes à faible revenu et celles dont la santé est la plus fragile sans avoir aucun des avantages que l'on aurait pu espérer si les soins de santé étaient un produit marchand comme un autre. Je crois que c'est cela que je n'avais pas compris.

Le sénateur Roche: Quelle est votre estimation des points négatifs par rapport aux points positifs?

M. Taft: Je me déclare contre les droits d'utilisation. Il fut un temps où, comme je vous l'ai dit quand j'ai commencé à examiner la question, je pensais que c'était une bonne idée. Toutefois, la réalité semble indiquer qu'ils ne fonctionnent pas de la manière voulue.

Le sénateur Roche: Comment interprétez-vous l'exemple suédois où paraît-il, l'introduction de droits d'utilisation a fait baisser les soi-disant abus du système?

Mr. Taft: I am reluctant to comment much on the Swedish example, just as I was reluctant to comment on the Mayo Clinic. My understanding is that comparing the Swedish safety net to Canada's situation is like comparing apples and oranges.

Nevertheless, I would want to look at the evidence. My opinion is that a simple importation of user fees into the Canadian system will not solve anything.

Senator Roche: I take it that the essence of your argument is that user fees are unfair to those people who are most economically vulnerable; correct?

Mr. Taft: That is a crucial part of it. However, beyond that, because of administrative implications, those who are economically vulnerable can actually end up costing the system more. Inefficiencies are increased. Clerks need to be hired; money has to be processed. It is a pain in the neck, frankly.

The Chairman: In Volume Four, we talk about patient pay, of which user fees is but one example. As we know, patient pay exists in Alberta. People pay health care premiums. Are there any studies on the impact of health care premiums?

Let me give some history here. Health care premiums have been in existence at roughly the same level that medicare began, or have they gone up over time? I presume they have gone up over time. Have there been any studies on the impact of health care premiums?

Ms Tammy Horne, Member, Friends of Medicare: It would be difficult to make that comparison, because they have been in place for so long. We do not know what would have happened had they not been in place.

Last year, the University of Toronto hosted a national round table on health reform; the round table included a number of health economists and policy people. Dr. Raisa Deber of the University of Toronto was part of that round table, and she has studied extensively user pay options, user fees being one of them. She and her group have made conclusions similar to what Mr. Taft spoke of, in terms of limiting access to poorer Canadians in particular.

In addition, the round table expressed a concern about those people who do not see a doctor early on and subsequently develop more serious symptoms and, thus, end up costing the health care system more down the road.

A Quebec study that looked at prescription drug fees for seniors and the introduction of the same fee for people on social assistance found that subsequent to the introduction of the fee hospital admissions and complications from untreated diseases actually increased, as did death rates. The adverse impact of the drug fees is a Canadian example of a study; as well, the

M. Taft: J'hésite à faire des commentaires sur l'exemple suédois, tout comme j'hésitais à commenter la clinique Mayo. Pour moi, comparer le filet de sécurité suédois à la situation du Canada équivaut à comparer des choses qui n'ont aucun rapport.

Il n'en reste pas moins que j'aimerais prendre connaissance de ces études. Mon opinion est qu'une simple mise en place de frais d'utilisation dans le système canadien ne résoudra rien.

Le sénateur Roche: D'après vos arguments, je crois comprendre que, selon vous, les droits d'utilisation sont injustes envers les personnes qui sont les plus économiquement vulnérables, suis-je correct?

M. Taft: C'est la partie cruciale. En outre, en raison des besoins administratifs, ceux qui sont économiquement vulnérables finissent par coûter plus cher au système. Le système devient de plus en plus inefficace. On embauche des employés; l'argent doit être comptabilisé. Franchement, c'est plutôt gênant.

Le président: Dans le quatrième volume, nous abordons le sujet des paiements des patients, parmi lesquels les droits d'utilisation ne sont qu'un exemple. Comme nous le savons, cela existe en Alberta. Les gens paient une cotisation pour les soins de santé. Existe-t-il des études sur les répercussions des cotisations pour les soins de santé?

Permettez-moi de me reporter à l'histoire, à ce point. Les cotisations pour soins de santé existent-elles en gros au même niveau depuis le début du régime d'assurance-maladie ou ont-elles augmenté au fil des années? Je suppose qu'elles ont augmenté au fil des années. Existe-t-il des études portant sur les répercussions de ces cotisations?

Mme Tammy Horne, membre, Friends of Medicare: Il serait difficile d'établir cette comparaison parce que ces cotisations sont en place depuis si longtemps. Nous ne savons pas ce qui se serait passé si elles n'avaient pas été en place.

L'année dernière, l'Université de Toronto a accueilli une table ronde nationale consacrée à la réforme du système des soins de santé; cette table ronde comprenait un certain nombre d'économistes de la santé ainsi que des décideurs. La Dre Raisa Deber, de l'Université de Toronto faisait partie de cette table ronde; elle a étudié de manière exhaustive les options de paiements tels que les droits d'utilisation, entre autres. Les conclusions de son groupe rejoignent celles de M. Taft en ce qui concerne la limitation d'accès particulièrement pour les Canadiens les plus pauvres.

Par ailleurs, la table ronde a exprimé son inquiétude face à ces patients qui ne consultent pas immédiatement un médecin et dont les symptômes s'aggravent au fil du temps, finissant ainsi par coûter plus cher au système.

Une étude québécoise qui examinait les droits sur les médicaments d'ordonnance et l'introduction de ces mêmes droits pour les personnes bénéficiant de l'aide sociale a découvert qu'après leur introduction, les hospitalisations et les complications découlant de maladies non traitées ont augmenté ainsi que le taux de mortalité. Les répercussions négatives des droits sur les

University of Toronto group in their review found no positive benefits of user fees.

The Chairman: The reason I ask about premiums is that it is not a user fee; correct? A premium is not paid at the time of service; it is not related to a specific service.

Ms Horne: That is right. It is a different issue.

The Chairman: I know there is a lot of the academic literature on the subject of user fees. However, no one has pointed me to, and I have not heard of any, studies on premiums.

Ms Horne: Yes. It would be interesting to look at the percentage of people who have not paid their premiums. In Alberta, if an individual goes to the hospital but has not paid his or her health care premium, there is still a requirement for the hospital to treat the individual, and to try to collect the premium later.

The Chairman: I was about to ask you how that worked.

Ms Horne: People cannot be denied service for emergency-type things. I am not sure about all of the other issues.

The Chairman: It begs this question, I suppose: Why does anybody pay the premium?

Senator Morin: I thought this was part of your income tax. You actually pay the premium. It is a voluntary payment?

Ms Horne: Yes. Alberta and B.C. are the only two provinces that still have health care premiums.

Senator Morin: Is it a monthly payment?

Ms Horne: Four times a year.

Senator Morin: Do you actually receive a bill?

Ms Horne: If an individual does not pay his or her premium through the workplace, then a bill is sent. Those of us who are self-employed pay our own completely.

Senator Morin: What percentage of people do not pay?

Mr. Taft: There are many exemptions. For example, low-income people are exempt; some seniors. My bet is that the percentage of people who are expected to pay would be very high. Most people do not believe they could get away without paying.

The Chairman: That is the reason, I am sure, that there is no public information on the percentage of people who do not pay.

Senator Morin: Is it your impression that there would be a higher acceptance if it were a tax?

Mr. Taft: It is a tax. It is a regressive tax, in that everybody pays the same amount regardless of income. Nevertheless, it might be politically more palatable, yes, if it were a tax. One of

médicaments sont un exemple canadien d'étude; en outre, le groupe de l'Université de Toronto n'a trouvé dans son examen aucun avantage aux droits d'utilisation.

Le président: La raison pour laquelle je pose la question sur les cotisations est qu'elles ne constituent pas un droit d'utilisation. Les cotisations ne sont pas versées au moment du service; elles ne sont pas liées à un service particulier.

Mme Horne: C'est exact. C'est une autre question.

Le président: Je sais qu'il existe beaucoup de documents universitaires à propos des droits d'utilisation. Toutefois, personne ne m'a jamais mentionné d'études sur les cotisations et je n'en ai jamais entendu parler.

Mme Horne: Oui, il serait intéressant d'examiner le pourcentage de la population qui ne paie pas sa cotisation. En Alberta, si quelqu'un arrive à l'hôpital mais n'a pas payé sa cotisation pour les soins de santé, l'hôpital a l'obligation de le traiter et d'essayer de lui faire payer la cotisation plus tard.

Le président: J'allais juste vous demander comment cela fonctionne.

Mme Horne: On ne peut pas refuser le service pour des problèmes urgents. Je ne suis pas sûre en ce qui concerne tous les autres problèmes.

Le président: La question est évidente, je suppose. Pourquoi quelqu'un paie-t-il encore la cotisation?

Le sénateur Morin: Je croyais que cela faisait partie de votre impôt sur le revenu. Vous payez donc la cotisation. S'agit-il d'un versement spontané?

Mme Horne: Oui, l'Alberta et la Colombie-Britannique sont les deux seules provinces qui ont encore des cotisations pour soins de santé.

Le sénateur Morin: Est-ce un versement mensuel?

Mme Horne: Trimestriel.

Le sénateur Morin: Recevez-vous une facture?

Mme Horne: Si la cotisation n'est pas payée sur le lieu de travail, on envoie une facture. Ceux d'entre nous qui travaillent à leur compte doivent la payer entièrement eux-mêmes.

Le sénateur Morin: Quel pourcentage de la population ne la paie pas?

M. Taft: Il y a de nombreuses exemptions. Par exemple, les personnes de faible revenu en sont exemptées ainsi que certaines personnes âgées. Mon estimation est que le nombre de personnes qui doivent les payer est très élevé. La plupart des gens ne croient pas qu'ils pourraient y échapper.

Le président: C'est la raison pour laquelle, je suis sûr, il n'y a pas de renseignements publics sur le pourcentage de gens qui ne paient pas.

Le sénateur Morin: Pensez-vous que ce serait plus acceptable sous forme d'impôt?

M. Taft: C'est un impôt. Un impôt régressif dans la mesure où tout le monde paie la même somme quel que soit le revenu. Pourtant, oui, ce serait peut-être politiquement plus facile à

questions that should be asked of the public is this: How much are you willing to pay for a good health care system?

The Chairman: By the way, that is exactly where I was headed.

Senator Morin: Its advantage is that it is stable. One of the problems with the health administrators is that government funding is not stable. Whether the funding is federal or provincial, it fluctuates from time to time. An insurance payment would be more stable, because it is dedicated; also, it is more palatable. That certainly would be an advantage.

Ms Burdett: I think having a portion of income tax dedicated to health care is more palatable than a health care premium.

There have, in fact, been many occasions when Albertans have attempted to abolish Alberta Health Care premiums. Therefore, I would not say that it was particularly palatable. It is just that most people pay it because they would pay their bills. If they get a bill, they pay it.

The Chairman: They are responsible.

Given that the health care premium is, in effect, an earmarked tax, does it go into a separate fund or does it go directly into the consolidated revenue fund?

Mr. Taft: Ultimately, it goes into the consolidated revenue fund, I believe; however, the premium is administered through its own system.

For your information, the annual rate for a family has risen from \$474 in 1990 to \$816 in 1995. I am not sure what the present rate is. Exemptions apply to very low-income families, basically.

The Chairman: My understanding is that with respect to low-income families, people who are receiving social assistance, for example, the government actually pays the premium on their behalf.

It is an internal transfer, but that is, in effect, what happens; correct?

Mr. Taft: It is obvious that for a family of four living on \$15,000 annually an \$800 premium is a tough thing to swallow.

Senator Roche: Mr. Taft, when Mr. Mazankowski was here this morning, he insisted that medicare is not dead; he went on to suggest, however, that it is time to find out what we really mean by medicare in the 21st century.

In your view, how should we define medicare in the 21st century?

Mr. Taft: I will not try to predict what Mr. Mazankowski's report will say, although his comments unnerved me somewhat.

We can talk about rebalancing medicare. An example of that is shifting the emphasis away from hospitals, which was the early push towards home care. I think we could actually reduce the total amount of money we spend on health care, public and private, and

accepter si c'était un impôt. Une des questions que l'on devrait poser au public serait celle-ci: quel montant seriez-vous prêt à payer pour avoir un bon système de soins de santé?

Le président: C'est d'ailleurs exactement ce vers quoi je me dirigeais.

Le sénateur Morin: Son avantage est sa stabilité. L'un des problèmes qui se posent aux administrateurs du système est que le financement public n'est pas stable. Que le financement soit fédéral ou provincial, il varie de temps à autre. Ces cotisations d'assurance sont plus stables; par ailleurs, puisqu'elles sont spécialement affectées à une fin spécifique, elles sont plus faciles à accepter. Cela serait certainement un avantage.

Mme Burdett: Je pense que réserver une partie de l'impôt sur le revenu aux soins de santé est plus acceptable que des cotisations pour soins de santé.

Les Albertains ont en fait à plusieurs reprises essayé d'abolir les cotisations pour soins de santé de l'Alberta. Je dirais donc qu'elles ne sont pas particulièrement acceptables. La plupart des gens les paient parce qu'ils paient leurs factures. S'ils reçoivent une facture, ils la paient.

Le président: Ce sont des gens responsables.

Étant donné que les cotisations pour soins de santé sont, en fait, un impôt affecté à une fin spécifique, sont-elles versées dans une caisse spéciale ou directement au Trésor?

M. Taft: À la fin, elles sont versées au Trésor, je crois. Toutefois, les cotisations sont administrées par leur propre système.

À titre de renseignement, le taux annuel pour une famille a augmenté de 474 \$ en 1990 à 816 \$ en 1995. Je ne suis pas sûr du taux actuel. Des exemptions s'appliquent à des familles à très bas revenu.

Le président: D'après ce que j'ai compris, le gouvernement paie la cotisation des familles à bas revenu et des bénéficiaires de l'aide sociale.

Il s'agit d'un transfert interne, mais c'est bien en fait ce qui se passe, n'est-ce pas?

M. Taft: Il est évident que pour une famille de quatre personnes ayant un revenu de 15 000 \$ par an, il est difficile de payer 800 \$ de cotisation.

Le sénateur Roche: Monsieur Taft, quand M. Mazankowski était ici ce matin, il a mis l'accent sur le fait que l'assurance-maladie n'était pas morte, puis il a constaté toutefois qu'il était temps de définir exactement ce qu'est l'assurance-maladie au XXI^e siècle.

Selon vous, comment devrait-on définir le régime d'assurance-maladie au XXI^e siècle?

M. Taft: Je ne vais pas prédire ce que M. Mazankowski écrira dans son rapport, mais certains de ses commentaires m'inquiètent.

Nous pouvons parler du besoin de rééquilibrer le régime d'assurance-maladie. Par exemple, nous pouvons fournir des soins hors des hôpitaux, comme le recommandait le premier mouvement en faveur des soins à domicile. Je pense que nous

Christine's comment suggested this, by expanding the public role to include pharmaceuticals. In other words, it may make sense to expand the public sector role in order to reduce the larger system cost and to increase efficiencies in fairness.

If I look to defining medicare for the 21st century, my hope is that its scope will be expanded to include things like pharmaceuticals and home care. Oddly enough, that might actually save us money.

Senator Roche: Also, then, in more acceptance of private care, in the sense of not-for-profit care?

Mr. Taft: Yes. I am not always as careful as I should be. There is a huge difference between for-profit care and private care. I am far more comfortable with private care.

My experience with the Alberta health care system is that often the best care is provided through private, non-profit systems as opposed to either public or for-profit systems.

The Chairman: Dr. Taft, you asked us to imagine that each of the four major hospitals in Edmonton had its own specialty. In some European countries, some of the changes that are taking place — and I am not talking about the U.S. here, all of which, by the way, have universal medical care schemes — is that governments pay the entire bill for patient but no longer pay the hospitals in the sense of a global budget. What is happening is that the hospitals are being paid on a fee-for-service basis, similar to a doctor, so that there becomes — hospitals are still technically owned by the public sector.

There becomes, hence, an element of competition between public-sector hospitals, in an attempt to provide reduced waiting lines and better service. Patients feel as though they are more in control, because they have more flexibility and more choice. They do not lose any benefits, because the government is still going to pay the bill. The simplest way to explain it is the analogy of everybody being in one group plan.

Your comment, however, lead me to believe that you do not think that is a good idea.

I am asking, because our research indicates that a substantial number of countries with the same policy objectives are moving in that direction, and indeed Mr. Mazankowski, I guess, mentioned that issue this morning.

Mr. Taft: To my knowledge, only the British system, where they have brought in what they call internal markets, is similar to what you describe. In terms of the research I have seen on that, the most rapid increase in spending in the NHS in 20 years or so occurred when they brought in internal markets.

pourrions réduire le montant total d'argent que nous consacrons aux soins de santé, publics et privés, les commentaires de Christine le montrent bien, en étendant le rôle du système public aux médicaments. Autrement dit, il serait peut-être souhaitable d'étendre le rôle du secteur public pour réduire les coûts du système global et augmenter les économies tout en restant justes.

Si je cherche à redéfinir l'assurance-maladie pour le XXI^e siècle, j'ai bon espoir qu'il s'étendra bientôt aux médicaments et aux soins à domicile. Aussi étrange que cela puisse paraître, ces mesures pourraient bien nous aider à faire des économies.

Le sénateur Roche: Peut-être aussi alors en acceptant les soins privés, dans le sens de soins à but non lucratif?

M. Taft: Oui, je ne suis pas toujours aussi clair que je devrais l'être. Il existe une énorme différence entre les soins à but lucratif et les soins privés. Je suis beaucoup plus à l'aise avec les soins privés.

Mon expérience du système de soins de santé de l'Alberta est que souvent, les meilleurs soins sont offerts par le biais de systèmes privés à but non lucratif, contrairement aux systèmes publics ou à but lucratif.

Le président: Docteur Taft, vous nous avez demandé d'imaginer que chacun des quatre hôpitaux les plus importants d'Edmonton ait ses propres spécialités. Dans certains pays européens, certains des changements qui se sont produits, et je ne parle pas des États-Unis, ces pays ont tous des mécanismes universels de soins médicaux, les gouvernements paient intégralement les frais de soins pour les patients, mais ne paient plus l'hôpital en lui allouant un budget global. Ce qui se produit est que les hôpitaux sont payés à l'acte comme les médecins et ils deviennent donc... les hôpitaux appartiennent encore techniquement au secteur public.

On introduit donc un élément de concurrence entre les hôpitaux du secteur public, en tentant de fournir des listes d'attentes réduites et un meilleur service. Les patients ont l'impression d'avoir davantage de contrôle parce le système est plus souple et qu'ils ont plus de choix. Ils ne perdent pas d'avantages sociaux puisque le gouvernement paie encore intégralement leur frais. L'analogie la plus simple pour expliquer ce système est que tout le monde adhère à un régime d'assurance collectif.

Vos commentaires m'indiquent cependant que vous ne pensez pas que ce soit une bonne idée.

Je vous pose la question parce que notre recherche indique qu'un nombre appréciable de pays ayant les mêmes objectifs dans leurs politiques s'avancent dans cette direction et que même M. Mazankowski a mentionné cette possibilité ce matin.

M. Taft: À ma connaissance, seul le système britannique dans lequel ils ont amené ce qu'ils appellent des marchés internes, ressemble à ce que vous décrivez. En ce qui concerne la recherche que j'ai vue à ce sujet, elle concluait qu'après avoir amené dans le système les marchés internes, on a assisté à la plus rapide augmentation des coûts du National Health System depuis vingt ans.

What I have to keep driving home is that these are all attempts to bring market forces into the health care system, and I will once again repeat that I am not convinced at all that those will work in health care. Market forces have become almost an idol that we worship. They are great. They are wonderful for some things, but not for health care. The evidence I have seen on the internal market reform in Britain reinforces that.

Perhaps you have other evidence, however, and I am open to that evidence.

The Chairman: I wish to thank you all for attending here.

Our next panel consists of Mr. John McGurran, the Project Director of the Alberta Waiting List Project, Dr. June Bergman, from the Primary Care Initiative, and Wendy Armstrong, from the Alberta Consumers Association.

I shall begin with you, Mr. McGurran.

We had a presentation several months back about the Western Canada Waiting List Project. Are you the Alberta portion of that? In the course of your opening comments, could you tell us how you fit with the WCWL Project, because we have heard about the other one.

Mr. John McGurran, Project Director, Western Canada Waiting List Project: There is only one project, and it is the Western Canada Waiting List Project, the WCWL Project.

Perhaps I can focus on some of the details of access that are included in chapter 7 of your report, and we can take it from there.

I think honourable senators have a copy of our short report; if not, they are all available on our Web site.

This is the in-depth documents, which describe some of the more fine details of the work.

This presentation is very much about the promising work of the Western Canada Waiting List partnership — a collaboration of medical associations, including the Canadian Medical Association, provincial ministers of health, regional health authorities and health research centres in the West — which addressed longstanding and well-documented problems with access to elective health care.

I say “promising” because, while the development work has been completed and well received, the implementation of the tools in the regional health authorities is the next logical step, and there is broad acceptance that these tools need to be tried and tested in the authorities. If implemented in an evaluative framework, we would then be able to say whether these tools that govern access to elective care actually are a value to the patient and the system.

Also noteworthy is the success of this partnership in itself. There has been consistent commitment to the high-level goals throughout, evidence of compromise as needed and leadership

Ce qu’il faut bien comprendre est que toutes ces mesures sont des tentatives de faire entrer en jeu les forces du marché dans le système des soins de santé. Je le répète, je ne suis pas convaincu que cela fonctionne dans le secteur des soins de santé. Les forces du marché sont presque devenues des idoles devant lesquelles nous nous prosternons. Elles sont bonnes. Elles font merveilles dans certains secteurs, mais pas dans le domaine des soins de santé. Les études que j’ai vues sur la réforme des marchés internes en Grande-Bretagne confirment mon opinion.

Peut-être avez-vous vu d’autres études que j’aimerais lire.

Le président: J’aimerais tous vous remercier de votre présence ici.

Notre prochaine réunion d’experts se compose de M. John McGurran, directeur de projet pour l’Alberta Waiting List Project, la Dre June Bergman, de Primary Care Initiative et Mme Wendy Armstrong, de la Alberta Consumers Association.

Commençons par vous, monsieur McGurran.

Il y a plusieurs mois, nous avons assisté à une présentation qui portait sur le Western Canada Waiting List Project. Appartenez-vous à la section de cet organisme située en Alberta? Dans vos remarques d’introduction, pourriez-vous nous dire comment vous vous situez au sein du Projet WCWL puisque nous avons entendu parler de l’autre.

M. John McGurran, directeur de projet, Western Canada Waiting List Project: Il n’y a qu’un seul projet, c’est le Western Canada Waiting List Project ou projet WCWL.

Comme point de départ, je pourrais peut-être me concentrer sur certains des détails d’accès qui sont compris dans le septième chapitre de votre rapport.

Je pense que mesdames et messieurs les honorables sénateurs ont un exemplaire de notre bref rapport, sinon, ils sont tous disponibles sur notre site Web.

Il s’agit des documents approfondis qui décrivent notre travail en détail.

Cette présentation porte intégralement sur le travail prometteur du partenariat du Western Canada Waiting List, une collaboration d’associations médicales comprenant l’Association médicale canadienne, les ministres de la Santé provinciaux, les offices régionaux de la santé ainsi que les centres de recherche de santé de l’Ouest canadien qui se sont penchés sur les problèmes persistants et bien documentés de l’accès aux soins de santé électifs.

L’emploi l’adjectif «prometteur» parce que si le travail préparatoire est terminé et a été bien accueilli, la mise en œuvre des outils dans les offices régionaux de santé est l’étape logique qui suit; il est généralement reconnu que ces outils doivent être essayés et testés dans les offices. S’ils sont mis en place dans un cadre évaluatif, nous pourrions alors savoir si ces outils gouvernant l’accès aux soins électifs ont une valeur pour les patients et pour le système.

Il faut aussi remarquer le succès du partenariat lui-même. On a constaté un engagement qui ne s’est jamais démenti envers les objectifs les plus importants, des manifestations de compromis

from the various sectors as the agenda moved forward. The partnership and the unanimous support given to its published conclusions and recommendations are unprecedented.

Further, I should say, in relation to your comments on the role of federal government with respect to research, that this project would likely not have taken place without the support of the health transition fund.

There are three brief messages I will leave with you today, and I am going to fit them into the time allowed, and then we can have questions at your convenience.

The first is that the Western Canada Waiting List Project has produced what we call beta wait list management tools. They have the potential to standardize and make access to elective planned care more fair for Canadians. The development of these tools represents an important first step towards system improvement.

The second message would be that the public's perspective, which is very important — and there were comments on that this morning — which came to light in a series of focus groups we ran, is that these prioritization tools and the process of wait list management that would utilize them are appropriate and acceptable.

The third message is that it is important to move forward with implementation and evaluation of these tools and to begin work on establishing benchmark waiting times for elective procedures.

With respect to the priority criteria, this project was conceived in the spring of 1998 at a meeting in Regina about finding solutions to chronic waiting list problems in the province of Saskatchewan. In November of that year, our 19 partner organizations met for the first time in Calgary, developed a project infrastructure and adopted an agenda to generate practical, valid, reliable and transparent tools to manage waiting lists in five elective areas.

We chose hip and knee replacement, cataract surgery, children's mental health, MRI scanning and general surgery. These encompass a range of diagnostic treatment procedures, single versus broad applications, and some for which the waiting has been problematic for some time.

I shall not deal with the methodology of how we got where we did; it is well documented in the reports available on the Web and will be shortly in published articles in the medical literature.

The Chairman: In the interest of time, I would ask you to jump down to the bottom of the page, and then go from there?

Mr. McGurran: Sure. The real issue is that if we have tools that have been developed and endorsed by stakeholders such as the provincial ministries of health, the medical associations, the research centres with respect to methodology and the regional health authorities, the location of where the service would be

quand ceux-ci se sont avérés nécessaires et une direction de la part de différents secteurs à mesure que notre programme avançait. Le partenariat et l'appui inconditionnel dont ont bénéficié ses conclusions et ses recommandations sont sans précédent.

À propos de vos commentaires sur le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la recherche, je voudrais aussi ajouter que ce projet n'aurait certainement jamais vu le jour sans l'appui du fonds de transition pour la santé.

J'aimerais vous communiquer trois brefs messages aujourd'hui. Je vais vous les présenter dans les temps alloués, puis nous pourrions répondre aux questions comme vous le désirez.

Le premier est que le Western Canada Waiting List Project a produit ce que nous appelons des outils de gestion bêta pour les listes d'attente. Ceux-ci ont le potentiel de normaliser l'accès aux soins électifs planifiés et de rendre cet accès plus juste pour tous les Canadiens. Le développement de ces outils représente un premier pas crucial vers une amélioration du système.

Le second message serait que le point de vue du public qui est très important — des commentaires à ce sujet ont été entendus ce matin — et qui a été mis en lumière dans une série de groupes de réflexion que nous avons organisés, est que ces outils visant à établir des priorités et le processus de gestion de la liste d'attente qui les utiliserait sont appropriés et acceptables.

Le troisième message est qu'il est important d'avancer dans la mise en place et l'évaluation de ces outils et de commencer le travail consistant à établir des points de références par rapport au temps d'attente pour les interventions électives.

En ce qui concerne les critères de priorité, ce projet a été conçu au printemps de 1998 lors d'une réunion à Regina consacrée à la recherche de solutions au problème persistant des listes d'attente dans la province du Saskatchewan. En novembre de la même année, nos 19 organismes partenaires se sont réunis pour la première fois à Calgary, ont développé une infrastructure de projet et adopté un agenda pour produire des outils pratiques, valables, fiables et transparents permettant de gérer les listes d'attentes dans cinq domaines électifs.

Nous avons choisi l'arthroplastie de la hanche et du genou, la chirurgie de la cataracte, la santé mentale des enfants, les examens IRM et la chirurgie générale. Ces domaines englobent une gamme de procédures de traitement et de diagnostic, des applications uniques contre des applications très étendues et pour certains d'entre eux, l'attente posait des problèmes depuis longtemps.

Je ne vais pas décrire la méthodologie que nous avons employée pour arriver au résultat; celle-ci est bien documentée dans les rapports disponibles sur le Web et paraîtra bientôt sous forme d'articles dans des journaux médicaux.

Le président: Dans le but de gagner du temps, je vous demanderais de sauter au bas de la page et de commencer à partir de là.

M. McGurran: D'accord. La réalité est que nous avons des outils qui viennent d'être mis au point et acceptés par des intervenants tels que les ministères de la Santé provinciaux, les associations médicales, les centres de recherche en ce qui concerne la méthodologie et les offices régionaux de la santé, les

provided, and we have endorsement from the public that the approach and the tools themselves are appropriate, there should be support possibly from your committee as well in terms of moving ahead with implementing these and trying to show their value.

This is nothing new. Our work was based on the New Zealand experience, although we acknowledge that their culture is very different, both politically and with respect to the way they deliver health care.

The Ontario Cardiac Care Network uses the same kind of methodology in managing access to surgery in that province. The Ontario joint policy and planning committee is looking at some of these tools. What we are talking about here is using a point count urgency measure for ranking patients for elective surgery within the public system, and we think there is a lot of potential for that. There are some tools that we think have some currency, and a lot of others do as well.

With respect to public opinion, as we were completing our development work, we pulled together, using Ipsos-Reid, focus groups in the seven major centres in which this work had been done, the major cities from Winnipeg to Victoria. We began each of these focus group sessions by asking the participants about their views of the current state of the system. We also asked them for their views on how the system should run.

Not surprisingly, we found pretty consistent negative views about the current access to waiting for elective surgeries. You can read the verbatim some of the verbatim comments in a separate report. There was a diverse array of views among participants as to the workings of the system.

All seven groups said that the public had high, but realistic, standards with respect to the health care system. The focus group also concluded that the public's view was that if it is necessary to manage access to elective care — and it is necessary — then a system like based on urgency is probably worth looking at.

A critical piece of information that came forth from the focus group was that 60 per cent of the participants actually had had firsthand arm's length experience with the system. Hence, they were speaking as citizens, if you will, but also as either patients or close friends or relatives to patients.

The final message they left us with was that they felt strongly that the public should be involved in decisions of this magnitude with respect to influencing health policy. I mention this because we had distinctly excluded the public from the deliberations in developing the tools. We wanted tools that work clinically. We wanted to be able to predict or explain the measure of urgency.

The third point is with respect to benchmarking the waited times. Access to health care in Canada has not changed significantly in the last three years, over the time we were in the field with this project, and even new expectations were quite high

lieux où ce service serait offert et nous avons l'assurance du public que l'approche et les outils eux-mêmes sont appropriés; nous devrions avoir aussi l'appui de votre comité en ce qui concerne leur mise en place et leur évaluation.

Ce n'est rien de nouveau. Notre travail se base sur l'expérience néo-zélandaise, bien que nous reconnaissons que la culture néo-zélandaise est très différente à la fois du point de vue politique et dans sa manière de fournir les soins de santé.

L'Ontario Cardiac Care Network utilise la même sorte de méthodologie de gestion de l'accès à la chirurgie dans cette province. Le Comité mixte d'orientation et de planification de l'Ontario examine certains de ces outils. Ils impliquent l'utilisation d'une mesure d'urgence comptabilisée en points permettant de classer les patients qui attendent des interventions chirurgicales électives dans le système public. Nous estimons que ces outils offrent un énorme potentiel. Certains outils ont une valeur actuelle, parmi beaucoup d'autres.

En ce qui concerne l'opinion publique, au moment de mettre fin à notre travail préparatoire, nous avons réuni, par le biais d'Ipsos-Reid, des groupes de réflexion dans les sept centres les plus importants où ce travail avait été mené à bien, dans des villes importantes de Winnipeg à Victoria. Nous avons commencé chacune de ces sessions en demandant aux participants d'exprimer leur opinion sur l'état actuel du système. Nous leur avons aussi demandé comment à leur opinion, le système devrait fonctionner.

C'est sans surprise que nous avons entendu des vues presque toujours négatives sur l'attente pour les interventions chirurgicales électives. Vous pouvez lire le compte rendu exhaustif, une partie duquel se trouve dans un rapport distinct. Nous avons trouvé toute une gamme d'opinions parmi les participants concernant le fonctionnement du système.

Les sept groupes ont constaté que le public avait des normes élevées mais réalistes en ce qui concerne le système de soins de santé. Les groupes de réflexion ont conclu que le point de vue du public est que, s'il est nécessaire de gérer l'accès aux soins électifs, et nous savons que cela l'est, alors, un système qui se base sur l'urgence est probablement approprié.

Une information importante qui est ressortie de ce groupe de réflexion était que 60 pour 100 des participants avaient en fait eu soit une expérience directe ou indirecte avec le système. Par conséquent, les participants parlaient en tant que citoyens, mais aussi en tant que patients et en tant qu'amis ou proches de patients.

Le message final qu'ils nous ont laissé était qu'ils étaient entièrement convaincus que le public devrait être impliqué dans des décisions aussi importantes qui ont des répercussions sur la politique de santé. Je mentionne ce fait parce que nous avons volontairement exclu le public des délibérations au moment de la mise au point des outils. Nous voulions des outils qui fonctionnent d'un point de vue clinique. Nous voulions pouvoir prédire ou expliquer la mesure d'urgence.

Le troisième point porte sur le point de référence par rapport au temps d'attente. L'accès aux soins de santé au Canada n'a pas sensiblement changé au cours des trois dernières années, période de développement de ce projet. Les espoirs étaient assez élevés

with respect to where these tools might be now. Expectations are pretty unrealistic, if you have any sense of how the health care system actually works, and I think some of the comments from the two region CEOs this morning focussed on some of the challenges that await the implementation of this system.

The ability to fairly rank patients, if you will, according to the urgency of their need is one element. The next step — and we put this forward to the committee as something to consider — is to answer the following question: How long should one have to wait for care with the current system? In other words, when a patient visits an orthopaedic surgeon and is assessed for hip replacement surgery, there should be a fairly straightforward expectation as to what the waiting time would be. There are implications for resources and a lot of other issues that we are not touching on here with respect to waiting times, but the expectation regarding waiting time is really quite important and is something that we should be able to address within the public system.

Ms Wendy Armstrong, Alberta Consumers Association: Honourable senators, I shall leave with the committee a copy of a report entitled "Taking Stock." This report deals with the risk to consumers and their employers from the current health system in Alberta from 1996. With respect to the Canary report, there is an appendix that goes with it; the appendix provides the documentation to support some of the information in there.

Since 1986, the Alberta Consumers Association has worked to protect the interests of Alberta families in both medical and non-medical markets at both a provincial and national level. Over the past 10 years, I personally participated in numerous external committees and consultations dealing with all aspects of health care and medical markets as well as related areas such as biotechnology and integrated health information systems and insurance. The association has also been at the forefront of the debate on health reforms here in Alberta over the last decade because of our research.

The mandate of consumer groups is essentially to monitor the marketplace, to provide reliable information for consumers to enable them to make informed choices, to champion their rights and responsibilities and finally to develop advanced strategies to enhance fair and honest dealing in the marketplace — safe products and good value for money.

It is important to remember that these objectives are good not only for consumers but also for business, the community and the economy.

What does the work of the association I am going to present today bring to the health care discussion? The association brings a completely non-partisan view of the options and issues before policy-makers; years of experience with the regulation of medical markets, public and private; knowledge of other markets and how they work; an articulated international framework of where the consumer interest lies; timely research; regular and frequent contact with individuals purchasing goods and services in medical

par rapport à là où se trouvent actuellement les outils. Ces espérances étaient assez peu réalistes, si vous avez une connaissance du fonctionnement réel du système. Je crois que certains des commentaires exprimés par les deux directeurs de région ce matin portaient sur certains des défis qu'il faudra relever lors de la mise en place de ce système.

La possibilité de classer les patients avec justice, si vous voulez, selon l'urgence de leurs besoins est un des éléments. L'étape suivante — et nous avons présenté cela au comité comme une mesure à envisager — est de répondre à la question suivante: Combien de temps devrait-on attendre des soins dans le système actuel? Autrement dit, quand un patient consulte un chirurgien orthopédiste qui recommande une intervention d'arthroplastie de la hanche, on devrait pouvoir facilement prévoir la période d'attente. Les périodes d'attente sont contrôlées par les demandes de ressources et par beaucoup d'autres facteurs que nous n'abordons pas ici; cependant, pouvoir déterminer la longueur de l'attente est assez important et c'est une question que nous devrions pouvoir résoudre dans le système public.

Mme Wendy Armstrong, Alberta Consumers Association: Honorables sénateurs, je mettrai à la disposition du comité une copie d'un rapport intitulé «Taking Stock». Ce rapport examine les risques auxquels font face les consommateurs et leurs employeurs en s'exposant au système de santé actuel de l'Alberta depuis 1996. Le rapport Canary, quant à lui, possède une annexe qui contient les documents sur lesquels s'appuie l'information qui s'y trouve.

Depuis 1986, l'Alberta Consumers Association s'est ingéniée à défendre les intérêts des familles d'Alberta dans les milieux médicaux et non médicaux aux niveaux provincial et national. Au cours des 10 dernières années, j'ai participé personnellement à de nombreux comités d'étude et consultations externes traitant de tous les aspects des soins de santé et du marché médical, ainsi que des secteurs connexes comme la biotechnologie et les systèmes intégrés d'information sur la santé et d'assurance-maladie. Grâce à notre étude, l'association s'est également placée au premier plan dans le débat sur la réforme du système de santé ici en Alberta au cours des 10 dernières années.

Le mandat des groupes de défense des consommateurs consiste essentiellement à surveiller l'évolution du marché, à fournir des renseignements sûrs aux consommateurs afin de leur permettre de faire des choix éclairés, à défendre leurs droits et leurs responsabilités et enfin à développer des stratégies perfectionnées pour améliorer les transactions équitables et honnêtes sur le marché — des produits sécuritaires et un bon rapport qualité-prix.

Il est important de se rappeler que ces objectifs valent tout autant pour les consommateurs que pour les entreprises, la communauté et l'économie.

Qu'est-ce que l'œuvre de l'association que je vous présente aujourd'hui apporte à la discussion des soins de santé? L'association apporte une vision tout à fait impartiale des options et des problèmes qui se présentent aux responsables des politiques; elle met à disposition des années d'expérience dans la réglementation des marchés médicaux, à la fois public et privé; elle partage ses connaissances des autres marchés et de leur fonctionnement; elle élabore une structure internationale organisée des intérêts des

markets; and perhaps more important, as it appears day by day in our Canadian health care system, the ability to differentiate between competition and collusion.

Attached to my presentation are some overhead notes entitled "A Snapshot of the Impact to the Growth of Private Surgery Clinics in Alberta on Patients and Public Plan Members." I would ask you to take a look at them.

Words like "consumer choice" sounded pretty hopeful and promising to us here in Alberta in the early 1990s. It has a little bit less appeal these days. You see, for consumers of medical care and of health care plans, it appears that "consumer driven" has turned out to mean driving patients into high-priced retail markets for medical care and coverage and increasing numbers of families being forced to make a choice about whether to pay the mortgage this month or treatments for a child with cancer or a spouse with multiple sclerosis. It has also meant some pretty devastating consequences for those consumers who made a bad choice in the medical marketplace by choosing LASIK Vision, which recently went under.

I think, given your comments this morning, too, I would like to go into some of the evidence that we have accumulated here in Alberta over the impact of the introduction of user fees, income testing, co-payments and deductibles, which really happened big time here in Alberta in the early 1990s.

In the beginning, the Alberta Consumers Association reflected the views, I think, of most Albertans and most members of the Canadian public, that is, that they did want health care reforms. They were tired of big institutional care and the nasty side effects of some of the high-tech services. They were frustrated with rising public and private costs that many people faced when they needed care.

Consumers were certainly looking for some of those changes, as was the Alberta Consumers Association, which in the late 1980s was in the forefront in advocating many of these changes. However, when health reforms came to Alberta in 1993-1994 in a pretty drastic and significant way, we were anxious to see what would really happen. There was a tremendous debate in the airwaves about why there had been no significant change to quality, cost, waiting times and other horrors. It was very difficult to know from all the rhetoric what was really happening out there to real people in the community who were facing real decisions about where to go and where to get care.

consommateurs; elle fournit une étude d'actualité; elle établit des contacts réguliers et fréquents avec les individus qui achètent des biens et des services sur les marchés médicaux; enfin et peut-être ce qui importe le plus et qui transparaît quotidiennement dans notre système de soins de santé canadien, elle est en mesure de faire la différence entre la compétition et la collusion.

Vous remarquerez que ma présentation est accompagnée de notes complémentaires, intitulées «A Snapshot of the Impact to the Growth of Private Surgery Clinics in Alberta on Patients and Public Plan Members». J'aimerais que vous y jetiez un coup d'œil.

Au début des années 90, des mots comme «choix des consommateurs» semblaient vraiment encourageants et prometteurs pour nous ici en Alberta. De nos jours, ils sont un peu moins convaincants. Permettez-moi de vous expliquer, pour les consommateurs de soins médicaux et des régimes de soins de santé, il semble que l'expression «à l'écoute des consommateurs» signifie plutôt forcer les consommateurs à entrer dans l'arène des marchés de détail inabordables pour obtenir des soins médicaux et avoir droit à l'assurance-maladie. De plus en plus de familles sont obligées de choisir entre s'acquitter du paiement mensuel de l'hypothèque ou payer les frais de traitement médical pour un membre de la famille atteint du cancer ou un autre souffrant de sclérose en plaques. Dans certains cas, les choix faits par certains consommateurs sur le marché médical ont entraîné des conséquences tout à fait accablantes, comme celui d'avoir choisi de faire affaire avec LASIK Vision qui a récemment fait faillite.

Suivant vos commentaires de ce matin, j'aimerais examiner certains témoignages que nous avons recueillis ici en Alberta suite aux répercussions de l'introduction du ticket modérateur, des prestations fondées sur le revenu, des frais de participation aux coûts et des franchises qui ont vraiment atteint l'Alberta de plein fouet au début des années 90.

Au commencement, ne pouvant plus supporter les soins institutionnels et les effets secondaires désagréables de quelques-uns des services de pointe, je pense que l'Alberta Consumers Association a souscrit aux opinions de la plupart des Albertains et de la plus grande partie du public canadien: soutenir la réforme des soins de santé. Elle était mécontente de la hausse des frais encourus par l'État et par les particuliers auxquels un grand nombre de personnes ayant besoin de soins médicaux se trouvait confronté.

Les consommateurs étaient indéniablement à la recherche de certains de ces changements, comme l'était l'Alberta Consumers Association qui, à la fin des années 80, était la première à préconiser un renouvellement du système de soins de santé. Toutefois, lorsqu'en 1993 et 1994, l'Alberta a accueilli la réforme de son système de santé de façon plutôt radicale et significative, nous étions impatients de voir ce qui allait vraiment se passer. Il y avait un débat incroyable à la radio à propos de l'absence d'un véritable changement à la qualité, au coût, aux délais d'attente et autres problèmes graves. Il était difficile de discerner parmi toute cette éloquence ce à quoi devaient réellement faire face les personnes de la communauté qui avaient à prendre de véritables décisions quant à l'établissement et aux soins à choisir.

In a study we conducted, we asked Albertans to call a 1-800 number and to let us know what was happening. What we found actually shocked and amazed us –that is, that while there were definitely some new highly desired opportunities for care in the community introduced through health restructuring, it came at a hefty price.

Changing the site of care, by moving it out of designated public hospitals, and changing the person who had been providing this care from a physician or hospital employee to someone else had resulted in the introduction of significant deductibles, co-payments, user fees, and income testing. In fact, in some cases, the province even abdicated its responsibility by becoming a payer of last resort only if there were no one else able and willing to foot the bill.

In this report, you will find documented real-life experiences in the follow-up investigation that the association did looking at areas of early discharge, care of the terminally ill, chronically ill children, intravenous therapy, the unbundling of goods and services in doctor's offices and hospitals, the delisting of medical services and some of the private insurance offerings that started to come on the market about this time.

A good example is intravenous therapy, which is a way of delivering very powerful fluid drugs directly into the blood system to deal with life-threatening infections, complications, multiple sclerosis symptoms, et cetera. For years, patients had been admitted to the hospital for a five- to 10-day course of this therapy at one time. With the changes, that we saw in the Alberta health care system, patients who wished to have this therapy at home and were often forced to have this therapy at home found themselves paying 25 per cent of the cost of equipment and supplies as well as 100 per cent of the drug costs up to a deductible of \$5,000, or they could try to find someone to drive them to the local emergency department two to four times per day. Incredibly, some Alberta hospitals even decided that, since patients had to pay for this at home, they should also have to pay for this at the outpatient department soon.

Really, it was a tremendous hit, and we heard many personal stories. One particular woman from Stony Plain, who even though she had an employer benefit plan to cover the cost of her services, talked about the many nights that she cried herself to sleep wondering where she was going to come up with the \$700 to buy the feeding pump to bring her little girl home from the hospital. That was one piece.

Lors d'un sondage que nous avons effectué, nous avons demandé aux Albertains d'appeler un numéro sans frais et de nous faire savoir ce qu'on leur proposait. Nous avons vraiment été choqués et stupéfaits par les résultats. En effet, bien que la restructuration du système de santé eût réellement créé de nombreuses possibilités pour l'obtention des soins dans la communauté, le prix à payer s'avérait exorbitant.

Le fait de changer l'établissement dispensateur de soins, hors des hôpitaux publics désignés et de remplacer le prestataire de soins de santé habituel, comme un médecin ou un employé d'hôpital, par un autre professionnel de la santé, s'était soldé par l'introduction de frais considérables, provenant des franchises, des frais de participation aux coûts, des tickets modérateurs et des prestations fondées sur le revenu. En réalité, dans certains cas, la province s'était carrément démise de ses responsabilités en jouant le rôle de payeur en dernier ressort, si personne d'autre n'était en mesure ou n'était disposé à payer la note.

Dans ce rapport, vous prendrez connaissance d'expériences concrètes documentées au courant de l'enquête complémentaire menée par l'association en ce qui concerne les sorties d'hôpital anticipées, les soins aux patients en phase terminale, les soins aux enfants atteints de maladies chroniques, les traitements intraveineux, la facturation séparée dans les bureaux de médecin et les hôpitaux, la suppression des services médicaux et de certains avantages offerts par un régime privé d'assurance qui avaient alors commencé à envahir le marché médical.

Un bon exemple illustrant la hausse des coûts des soins est l'obtention de traitements intraveineux. Un tel traitement consiste à injecter des médicaments très puissants sous forme liquide directement dans le sang afin de soigner les infections extrêmement graves, les complications, les symptômes de la sclérose en plaques, et cetera. Pendant des années, les patients nécessitant des traitements intraveineux avaient été admis à l'hôpital pour un traitement de 5 à 10 jours à la fois. Avec les changements apportés au système de soins de santé de l'Alberta, les patients qui souhaitaient recevoir ce traitement à domicile et qui souvent y étaient forcés, de par leur condition, ont dû payer 25 p. 100 du coût des appareils et des instruments, ainsi que 100 p. 100 du médicament jusqu'à concurrence d'une franchise de 5 000 \$. Sinon, ils pouvaient essayer de trouver quelqu'un pour les mener de 2 à 4 fois par jour au service d'urgence près de chez eux. Aussi incroyable que cela puisse paraître, certains hôpitaux de l'Alberta ont même décidé, qu'étant donné que les patients devaient payer pour leur traitement à domicile, qu'ils devraient également payer pour recevoir leur traitement au service de consultations externes.

Vraiment, la réforme frappait les gens de plein fouet et nous avons entendu plusieurs histoires personnelles de ce genre. Ainsi, une femme de Stony Plain nous a raconté comment elle avait passé plusieurs nuits à pleurer se demandant comment elle allait trouver 700 \$ pour acheter la pompe pour allaiter sa petite fille à la maison, même en disposant d'un régime de prestations d'employeur pour couvrir le coût de ces services. Combien d'autres témoignages ont suivi...

I would like to move into what we called "Canada's Canary in the Mine Shaft." In the midst of this huge debate about increased reliance on private payment and private business is a way of reducing costs and improving quality and access within our health care system.

The Alberta Consumers Association had a lot of experience with eye surgery clinics here in Alberta. Hence, we decided to track people's experiences. We wanted to study the impact on patients and public plan members of the growth of private surgery clinics in Alberta. The issue was very complex. We found some interesting things.

Let me just refer you to our slides over here. Some of the unexpected results of our findings are as follows: higher prices, higher costs, less coverage, less choice, longer waits, loss of public scrutiny and loss of public confidence.

This slide shows the remarkable growth of private surgery clinics in Alberta from 1972 to 1999. If you look at the bottom of the slide, you will see here some of the landmark decisions that were made at this time. In 1975, then Alberta minister of health refused to fund private surgery clinics due to a lack of evidence of cost savings in a study that they did in comparison with public hospitals but allowed doctors to continue to bill surgical fees to the plan.

In 1986, when extra billing ended in Alberta at public hospitals, extra billing was allowed to continue at private clinics in the form of facility fees. Today, in 1999, as Mr. Taft has advised you, 100 per cent of all publicly insured eye surgery is contracted out to private surgery clinics in Alberta, from corneal transplants to tumour removals to cataract surgery to what have you.

The Chairman: Can I ask you to wind up quickly?

Ms Armstrong: Yes, Mr. Chairman.

What was remarkable is that we found that the longer waits for fully paid cataract surgery in public hospitals were only encountered by patients whose doctors also offered a private clinic option, for additional charges, with a shorter wait.

In summary, what our research to date has shown is that, remarkably, instead of being the solution to rising costs, longer waits and less than ideal care, increased reliance on new sources of private payment and private business interests over the past 20 years has been a major cause of these problems.

The second point that I think is critical to make is that the status quo is not what most people think it is. No one appears to be minding the store when it comes to either medicare or private

J'aimerais maintenant aborder le rapport que nous avons appelé «Canada's Canary in the Mine Shaft». Au milieu de ce débat interminable concernant le besoin croissant des capitaux privés et des entreprises privées, se trouve un moyen de réduire les coûts et d'améliorer la qualité et l'accès à notre système de soins de santé.

L'Alberta Consumers Association a été appelée à bien connaître les cliniques de l'Alberta offrant des services de chirurgie de l'œil. C'est pourquoi, nous avons décidé de compiler les expériences des personnes se prévalant de ces services. Nous voulions étudier l'impact de la croissance des cliniques privées en Alberta sur les patients et les membres d'un régime général. La complexité du problème nous a amené à faire des découvertes intéressantes.

Puis-je attirer votre attention sur nos diapositives. Certains des résultats imprévus de nos recherches concernent les points suivants: prix plus élevés, coûts supérieurs, garantie inférieure, moins de choix, délais d'attente plus longs, perte de l'examen et de la confiance du public.

Cette diapositive illustre la croissance remarquable des cliniques privées en Alberta de 1972 à 1999. Si vous regardez au bas de la diapositive, vous trouverez quelques-unes des décisions importantes prises à l'époque. En 1975, suite aux résultats non concluants de l'étude comparative entre les cliniques privées et les hôpitaux publics, le ministre de la Santé de l'époque a refusé de subventionner les cliniques privées à défaut de preuve montrant une véritable économie de dépenses, mais il a permis aux médecins de continuer à facturer les frais d'opérations chirurgicales au régime d'assurance-maladie.

Lorsque la surfacturation dans les hôpitaux publics de l'Alberta a été interdite en 1986, elle a continué dans les cliniques privées, prenant la forme de frais d'établissement. Actuellement, en 1999, comme vous a annoncé M. Taft, 100 p. 100 des chirurgies de l'œil couvertes par le régime d'assurance-maladie sont confiées aux cliniques privées de l'Alberta, telles la kératoplastie, l'ablation des tumeurs, la chirurgie de la cataracte et de nombreuses autres opérations des yeux.

Le président: Puis-je vous demander de conclure rapidement?

Mme Armstrong: Oui, monsieur le président.

La découverte la plus remarquable de cette étude fut que seuls les patients dont le médecin offrait également une option de chirurgie en clinique privée, à des frais supplémentaires et un délai d'attente plus court, devaient subir le plus long délai d'attente avant de pouvoir recevoir une chirurgie de la cataracte couverte par le régime d'assurance-maladie dans un hôpital public.

En résumé, jusqu'à maintenant, nos recherches révèlent un fait incroyable: plutôt que d'être la solution aux coûts en hausse, aux délais d'attente plus longs et à la médiocrité des soins, le besoin croissant de nouvelles sources de capitaux privés et d'entreprises privées, au cours des 20 dernières années, s'avère être la cause principale de ces problèmes.

Le deuxième point à soulever que je considère essentiel s'applique au statu quo qui n'est pas ce que la plupart des gens croient. Personne ne semble faire attention au régime d'assurance-

medical markets in Canada. As a matter of fact, it looks like the referee skated off the ice a long time ago.

Few public policy-makers have any idea what is going on nor do the vast majority of health professionals. It is important to note — and this is a very important one from our perspective — that public safety is increasingly at risk from the overzealous application of poorly evaluated technologies by commercially oriented suppliers.

It is also important to note that many of the identified problems in health care, as you have already identified, Mr. Chairman, are not unique to Canada. This suggests that perhaps the problem is more modern medicine and medical markets than medicare.

Dr. June Bergman, Primary Care Initiative: Senators, I am here today because a friend of mine who was invited to the committee could not come. I am the second choice.

I only learned last night that I was required to have brief, so you have a bit of a conglomerate here.

I will give you a bit of my history, to help you understand where my comments are coming from. I am a family doctor. I have worked for 30 years within the Canadian system, in Saskatchewan, Ontario and Alberta. I am a mother of three sons; I am the wife of a man with a chronic illness; and I am the daughter of aging parents. Hence, I am a consumer on several fronts. I have also been a member of the health care accreditation team for the last three years; as such, I have travelled across the country looking at health care systems from a variety of perspectives.

Finally, I have a job, and that job is, at present, my family physician practice and, in part, driving a primary care initiative in the Calgary health region. It is under that hat that I am here for today.

I have some thoughts about the whole issue of primary health care reform, how to do it and what to do. I suspect that you have had many presentations on primary health care reform and what that means and all of the jargon connected with it; therefore, I will not go into the basis of that but will, instead, just add a couple of things.

The situation in Alberta is unique, in a couple of ways: one is the strong linkage of primary care with secondary tertiary care; the second is that we believe very strongly in a respect for the parties involved and so are moving in an evolutionary manner through partnerships towards common goals. The situation is quite different from the way it is in many places.

For example, it is getting close to 20 years ago when the CLSCs were built in Quebec and subsequently developed a separate way of being; but the other system still continued.

maladie ou aux marchés médicaux privés au Canada. À vrai dire, on dirait que personne ne s'occupe plus de ces domaines depuis longtemps.

Il y a très peu de responsables des politiques d'État et encore moins de professionnels de la santé qui savent réellement ce qui se passe. Il est important de noter, particulièrement de notre point de vue, que la sécurité publique est de plus en plus menacée en raison de l'utilisation excessive de technologies mal testées par des fournisseurs pratiquant une politique de type commerciale.

Il est également important de remarquer qu'un grand nombre des problèmes ayant été identifiés au sein du système de soins de santé, comme vous l'avez souligné monsieur le président, n'affectent pas exclusivement le Canada. Cette mondialisation du problème suggère peut-être que le problème émane plus de la médecine moderne et des marchés médicaux que du régime d'assurance-maladie.

La Dre June Bergman, Primary Care Initiative: Honorables sénateurs, je suis ici aujourd'hui parce je remplace un de mes amis qui avait été invité à participer à ce comité et qui n'a pas pu venir.

Je n'ai appris qu'hier soir que je devais préparer un dossier, alors vous êtes un peu avantagés.

Je vous résumerai mon histoire afin que vous compreniez d'où viennent mes commentaires. Je suis un médecin de famille et je pratique depuis 30 ans au sein du système canadien en Saskatchewan, en Ontario et en Alberta. Je suis la mère de 3 fils, la femme d'un homme qui souffre d'une maladie chronique et la fille de parents qui vieillissent. Je suis donc une consommatrice à plusieurs niveaux. Depuis 3 ans, je fais également partie de l'équipe du programme d'évaluation du système de soins de santé. En tant que membre de cette équipe, j'ai été appelée à voyager à travers le pays dans le but d'examiner les divers systèmes de soins de santé de plusieurs points de vue.

Enfin, j'ai présentement un emploi au sein de mon cabinet de médecin de famille et je m'occupe d'un groupe d'initiative de soins primaires dans la région de santé de Calgary. C'est en tant que représentante de ce groupe d'initiative que je suis ici aujourd'hui.

J'ai plusieurs opinions au sujet de la question de la réforme des soins de santé primaires, de la marche à suivre et du but à atteindre. J'imagine que vous avez assisté à plusieurs présentations sur la réforme des soins de santé primaires au cours desquelles on vous a dit ce que cela signifie et fait connaître la terminologie qui s'y rapporte. Je ne m'attarderai donc pas sur les points de base, mais j'ajouterai certains faits.

La situation en Alberta est unique. D'un côté, il existe un lien très étroit entre les soins primaires et les soins secondaires et tertiaires. De l'autre, nous croyons fermement au respect des parties engagées et, par conséquent, nous progressons en travaillant avec des partenaires d'une manière évolutive vers des buts communs. La situation diffère beaucoup de celles qui sont en place dans de nombreuses régions.

Par exemple, il y a presque 20 ans que les CLSC ont été créés au Québec et qu'ils se sont développés en tant qu'entité distincte, de façon parallèle à l'autre système de santé qui a continué à fonctionner.

Hence, we have decided that there is something good about that system that we should not lose and that we should work from where we are to a new direction but while maintaining what we have in the good one.

I read your report, which I found to be extremely good. It is time, I believe, for a very public debate on many of the issues that your report raises. I do not think I am the person to hold a discussion with about how to pay me. However, I think that public debate has to happen, and has to happen on a couple of fronts.

I will make a couple of comments with respect to your document that you might consider.

It is important that we have a clear direction. Primary care reform is mentioned in every health care document now as the answer. We do not have a clear direction at this point, and I think we need one. Perhaps that is one of the debates that must take place. By that, I do not mean finding the model. I mean finding the broad-based principles that you will paint primary care under. We are close. The College of Family Physicians has come out with some; the Canada Health Act has come out with some. It just needs a little bit of fleshing out, but I think that debate is essential.

We have put a lot of money into health care reform, health transition funds, health innovation funds, and they are all wonderful. They have kick-started us here in Alberta. Everyone you talk to talks about how that idea started with health transition funds.

All of those ideas are pilots, though. There are a lot of ideas out there, but there has been nothing to bring things together. We need to think about what it is from here on in that we are doing in terms of those things that are contributing to true integration and not just another good idea. As a matter of fact, the response to the last health innovation fund request was that no old ideas will be funded. We know that many of the ideas have been good, but they need to be brought along from the pilot stage through to the demonstration stage and into the way we do business.

Also, the idea of partnership or joint venture, I think, needs to be through the whole report.

The second comment that I picked up in your document is the reference to the cottage industry versus 21st century with respect to primary care. Primary care is a cottage industry, and we cannot lose it all. Health care is experienced, and illness care is experienced at a very personal level.

Sickness really detracts from one's ability to be a competent consumer; in other words, one's ability to ask the right questions at the right time is just not there. The World Health Organization

En regard du succès de ce système, nous avons décidé de garder à l'esprit ses bons côtés et de nous diriger, à partir de ce que nous possédons, vers une nouvelle avenue tout en respectant les aspects positifs du système actuel.

J'ai lu votre rapport que je trouve très intéressant et je crois qu'il est temps d'avoir un débat public sur un grand nombre de points que vous y soulevez. Je ne pense pas être la personne idéale pour organiser une discussion qui devra décider de la façon dont je devrais être payée. Néanmoins, je suis convaincue qu'un tel débat public devrait avoir lieu, et ce à plusieurs niveaux.

Je ferai quelques remarques concernant votre document que vous pourriez prendre en considération.

Tout d'abord, il est important d'avoir une ligne de conduite précise à suivre. Chaque document traitant du système de soins de santé mentionne la réforme des soins primaires comme étant la solution au problème actuel. Cependant, nous n'avons pas de ligne de conduite à cet instant précis et je crois que nous en avons besoin d'une. Peut-être l'établissement d'une telle ligne de conduite pourrait être le sujet d'un des débats qui doivent se dérouler. Par ligne de conduite, je ne veux pas dire trouver le modèle à suivre, mais élaborer des principes généraux qui serviront à définir les soins primaires. Nous y sommes presque arrivés. Le Collège des médecins de famille a fait quelques suggestions et la Loi canadienne sur la santé en a proposé d'autres. En étoffant ces suggestions, nous serons sur la bonne voie, mais j'estime qu'un débat est essentiel.

Nous avons versé beaucoup d'argent dans la réforme de soins de santé, dans le Fonds pour l'adaptation des services de santé, dans le Fonds d'innovation-Santé, et avons obtenu d'excellents résultats. Ces programmes nous ont vraiment aidés à démarrer notre propre réforme en Alberta. Tous s'accordent à dire que l'idée de réformer le système de santé en Alberta vient du Fonds d'adaptation des services de santé.

Il faut néanmoins se rappeler que ces idées sont expérimentales. Il y a beaucoup d'idées qui circulent en ce moment, mais aucune qui puisse tout regrouper. Nous devons réfléchir à ce que nous pouvons faire à partir de maintenant afin de promouvoir la véritable cohésion de ces idées et non simplement de proposer une autre bonne idée. En fait, la réponse à la dernière demande du Fonds d'adaptation des services de santé fut le refus de subventionner toute idée ancienne. Nous savons qu'un grand nombre d'idées ont donné des résultats positifs, mais ces idées doivent passer du stade expérimental au stade d'essai pour pouvoir enfin être mises en pratique.

Je suis également d'avis que l'idée de partenariat ou de coparticipation doit être explorée à fond dans le rapport.

L'autre commentaire que je désire faire par rapport à votre document est la référence à la comparaison entre l'industrie familiale et le XXI^e siècle en ce qui concerne les soins primaires. Les soins primaires tiennent de l'industrie familiale, mais nous ne pouvons pas tous les supprimer. Les soins de santé et la maladie sont ressentis à un niveau très personnel.

La maladie diminue vraiment les capacités d'un consommateur à être compétent, c'est-à-dire à poser les bonnes questions au moment opportun. L'Organisation mondiale de la santé a proposé

put forward a recommendation that every person deserves a caregiver who knows his or her name. Family medicine, your primary care physician, tends to provide that.

How do we maintain that inside a system that needs to move into the 21st century and become more efficient? I believe there are ways, but I think it just needs to be put forward. We do not want to lose the humanity in our health care system in honour of efficiency. So, we need to achieve a balance.

The third is issues around teamwork. I noticed expressions — and some of these are just trigger words for me — like “The doctors have to give up the power.” That makes me ask myself this question: What power? There is no power here at midnight when somebody is calling me for test results or whatever.

We have tried to construct some language around this, an interdisciplinary team versus a multidisciplinary team. The multidisciplinary team is like a downhill ski team — everybody is out there doing their best. An interdisciplinary team is like a soccer team. They all depend on one another to get the job done. We have found those to be useful constructs when thinking about these teams. We are using the construct to divide tasks on the basis of need rather than professional scope of practice. If tasks are divided along professional scope of practice lines, there are many tasks that everybody wants to do and some tasks that nobody wants to do. Unfortunately, the individual at the end of care needs all of those things done. Therefore, it is patient or client-centred — and I struggle every time I say the word “client,” probably just like nurses do when they say “patient.”

We need to look at how our education system is contributing to these team-based skills. When we start to put teams together, the first thing we recognize is that nobody knows how to work in a team. There are questions around how you do that.

With respect to your report, we need to go ahead with a unified message on primary care so that everything we do is fitting into that area. We need stable financial support for that direction.

Under research and evaluation, there are a couple of points. First, pilots need to be brought along to demonstration and the way we do business. Evaluation involves time and infrastructure, and the costs involved must be factored in when thinking about

la recommandation suivante: que chacun a droit à une personne dispensatrice de soins qui connaisse son nom. La médecine familiale, votre médecin de soins primaires ont tendance à respecter ce droit.

Comment pouvons-nous conserver ce principe de base à l'intérieur d'un système qui doit parvenir au XXI^e siècle et devenir plus efficace? Je suis persuadée qu'il existe des façons d'y arriver et qu'il suffit de savoir les présenter. Nous ne voulons pas perdre l'humanité de notre système de soins de santé en l'honneur de l'efficacité. Il nous faut atteindre le juste milieu.

Le troisième point concerne la question de travail d'équipe. J'ai remarqué certaines expressions — et certaines d'entre elles me font réagir — comme «les médecins doivent renoncer à leur pouvoir». Ce commentaire me fait me poser cette question: De quel pouvoir s'agit-il? Où se trouve mon pouvoir quand je reçois un appel à minuit d'une personne qui souhaite obtenir ses résultats d'analyse ou pour une quelconque autre raison.

Nous avons tenté de créer des analogies pour illustrer ce problème, en partant de la différence entre une équipe interdisciplinaire et une équipe multidisciplinaire. L'équipe multidisciplinaire est semblable à une équipe de ski alpin — chacun des membres de l'équipe est sur les pistes essayant de faire de son mieux. Une équipe interdisciplinaire est comme une équipe de football. Les membres de l'équipe dépendent tous les uns des autres pour gagner la partie. Nous nous sommes aperçus que ces analogies étaient très pratiques pour penser à nos équipes. Nous nous servons de ces comparaisons afin de diviser les tâches selon les besoins plutôt que les compétences professionnelles de la pratique. Si les tâches sont réparties selon les compétences professionnelles de la pratique, il y aura un grand nombre de ces tâches dont beaucoup de personnes voudront s'acquitter, alors qu'il y a d'autres tâches que personne ne veut effectuer. Malheureusement, il importe à l'individu qui a besoin de soins que toutes ces tâches soient remplies. Par conséquent, nos services doivent être orientés vers le patient ou le client — et j'avoue toujours avoir de la difficulté à prononcer le mot «client»; tout autant, j'imagine, que les infirmières ont du mal à utiliser le mot «patient».

Nous devons examiner notre système éducatif pour savoir comment il contribue à ces aptitudes d'équipe. Lorsque nous commençons à créer des équipes, la première chose que nous remarquons est que personne ne sait comment travailler en équipe. Il y a des questions qui se posent pour apprendre comment travailler en équipe.

En ce qui a trait à votre rapport, il nous faut aller de l'avant en présentant un message unifié sur les soins primaires afin que tout ce que nous accomplissons puisse convenir à la pratique d'équipe. Nous avons besoin d'une assistance financière stable pour suivre cette ligne de conduite.

Quant aux questions de recherche et d'évaluation, je tiens à soulever quelques points. Tout d'abord les idées expérimentales doivent faire place à la démonstration puis à la pratique commerciale. Pour faire une évaluation, il faut du temps, une

how much the health system costs. These things must be supported.

Under infrastructure, connectivity is the prime need. The prime need is not the electronic or medical health record; it is the ability for all people involved in the patient's care to be connected. More important perhaps than that — and we are running into this every day — is that we try to connect 80 per cent of our family physicians.

We need a national public debate about privacy versus freedom of information, about putting information onto electronic webs. We need to know the public stand on that and where physicians are on that. Let's get that debate going, get it over, make a decision, and get on with it. Britain has just done that, and their medical information system is currently on the Web, no particular protection on it. We need to get on with this.

Regulation might be another area where we can contribute to connectivity. The free market actually detracts from connectivity. You do better in business if you can get people to stay with you and buy your product that only fits with your product. And we need to recognize the costs of change management and new ways of doing business.

Population health fits well with primary care.

The last area is service-delivery models, and we need help with the things that will promote change management, integration, and evolutionary change. Thank you for the opportunity.

The Chairman: I had the pleasure of sitting next to a doctor from rural Nova Scotia who I believe runs a primary care study group — whatever the terminology is — for the Canadian Medical Association. Are you part of that project?

Dr. Bergman: No, but I am aware of it.

Senator LeBreton: Mr. McGurran, in terms of the focus group studies, did you find a variance in the perception of those who did not have to access the system and those who actually did access the system? There seem to be a lot of myths about the length of waiting lists. Often, with respect to access, we find that the people who have in fact accessed care do not have the same horrendous stories as those who have not had to access the health care system.

Mr. McGurran: There is no definitive answer to that question. We found a real diversity in the views of the focus groups, and those views were consistent with reported studies. Some studies say that, yes, there is a lot of turmoil respecting access, that is, waiting times and problems. However, many surveys of patients who are released from the hospital say that they received great

infrastructure et il faut tenir compte des coûts nécessaires, surtout si l'on sait combien coûte le système de santé. Tous ces facteurs nécessitent une assistance.

En ce qui concerne l'infrastructure, le besoin primordial est la connectivité. Ce qui importe n'est pas le dossier électronique ou le dossier médical et de santé, mais la possibilité que toutes les personnes participant aux soins du patient soient connectées. Nous tentons ainsi, et ce quotidiennement, de relier 80 p. 100 de nos médecins de famille.

Nous avons besoin d'un débat public national à propos de la confidentialité par rapport à la liberté d'expression, de la circulation de l'information confidentielle sur Internet. Il nous faut connaître la position du public et des médecins à ce sujet. Il suffit d'ouvrir les discussions, de trouver des réponses, de prendre une décision et de la mettre en pratique. La Grande-Bretagne a précisément adopté cette ligne de conduite, décidant de choisir de faire paraître ses informations médicales sur le Web, sans protection particulière. Nous devons à notre tour prendre une décision.

Un autre secteur qui peut contribuer à la connectivité des gens du milieu médical est la mise en place de règlements. En fait, le libre-échange restreint la connectivité: vous réussirez mieux en affaires si vous pouvez attirer les gens et les persuader de rester avec vous et d'acheter votre produit qui répondra le mieux à leurs besoins. Ainsi, nous devons accepter les coûts inhérents à la gestion du changement et à la recherche de nouvelles façons de faire des affaires.

La santé de la population répond très bien à la restructuration des soins primaires.

Le dernier point à étudier se rapporte aux modèles de prestation de services. Nous avons besoin d'aide pour améliorer toutes les composantes du système qui encourageront la gestion du changement, l'intégration et les changements évolutifs. Je vous remercie de m'avoir écouté.

Le président: J'ai eu le plaisir d'être assis à côté d'un médecin des régions rurales de la Nouvelle-Écosse qui, je crois, dirige un groupe d'étude sur les soins primaires — je ne me rappelle plus du terme précis — au nom de l'Association médicale canadienne. Faites-vous partie de ce projet?

Dre Bergman: Non, mais je suis au courant de ce projet.

Le sénateur LeBreton: Monsieur McGurran, en ce concerne les études auprès des groupes type, avez-vous trouvé une différence de perception entre ceux qui n'avaient pas à accéder au système et ceux qui avaient accédé au système? Il semble y avoir de nombreux mythes concernant la durée des listes d'attente. Souvent, en ce qui a trait à l'accès au système de soins de santé, nous trouvons que les gens qui ont reçu des soins ne racontent pas les mêmes histoires d'horreur que ceux qui n'ont pas eu besoin du système.

M. McGurran: Nous n'avons pas trouvé de réponse décisive à cette question, mais nous avons relevé au contraire une diversité de points de vue de la part des groupes. Ces perceptions sont d'ailleurs compatibles avec les études publiées. Certaines études montrent qu'en effet, l'accès au système est chaotique, plus particulièrement les délais d'attente et les problèmes relatifs à

quality of care. That kind of research can be looked at in a number of ways.

To summarize, however, although we found the public to have high standards we found an element of fairness. There was a very honest sentiment that, regardless of whatever else, the more urgent care patient should go first, and we incorporated that in a couple of places in our report.

Senator LeBreton: Did you find that the public opinion was driven by the media? For instance, two winters ago in Ontario there was a huge flu epidemic. All kinds of people crowded into emergency wards. The newspapers ran many stories about long waits, et cetera. Last year, most Ontarians got a flu shot and, as such, hardly anyone was abusing the system for that type of an illness. Consequently, stories about long waits in hospitals seem to have fallen off the front pages.

When you put your focus groups together, or when Ipsos-Reid do a survey, is what is on the front page of newspaper at the time factored in?

Mr. McGurran: In this case, no. To take that one step further, in fact, when there are epidemics of flu and high demand for services, elective surgeries, for example, are one of the things that drop off.

When the system is stressed and surgeons have to cancel their procedures within the last minute to the patients, surprisingly that did not get more press.

Senator LeBreton: Ms Armstrong, this morning we heard from witnesses who had very positive news about the health care system in the Alberta example. I realize you are dealing primarily with private surgery clinics, but you talked about unexpected results, higher prices, higher costs, less coverage. Did your association find any good results when they did this study?

Ms Armstrong: I have spoken to hundreds of cataract patients. Cataract surgery dramatically improves an individual's quality of life. Therefore, most people were pleased with the results of their surgery, whether it was done in a public hospital or a private clinic. Any complaints or accolades were related, generally, to things like the anaesthetist or the doctor or the staff.

The most frequently cited attraction we heard about private clinics — and this is something that might be instructive to the public health care system — was that patients did not have to wear those backless blue gowns seen in hospitals and that the parking was free. Anyone who has had to pay to park at an urban hospital will understand the attraction of free parking.

l'attente. Cependant, plusieurs études effectuées auprès de patients qui sortent de l'hôpital révèlent que ceux-ci se déclarent satisfaits de la qualité des soins qu'ils ont reçus. Ainsi, ce type d'étude peut être interprété de plusieurs façons.

En résumé, nous avons trouvé que malgré les attentes élevées du public relativement au système de santé, il existait un sens d'impartialité. Les gens avouaient honnêtement que, peu importe les autres facteurs, le patient qui a le plus besoin de soins devrait passer en premier. Nous avons pris en note cette considération dans notre rapport.

Le sénateur LeBreton: Avez-vous remarqué si l'opinion publique était influencée par les médias? Par exemple, il y a 2 ans, l'Ontario a connu une énorme épidémie de grippe pendant l'hiver. Toutes sortes de personnes avaient envahi les services d'urgence. Les journaux publiaient de nombreux articles sur les longs délais d'attente, et cetera. L'année dernière, la plupart des Ontariens ont reçu un vaccin contre la grippe et presque personne à proprement parler n'a eu recours au système de santé pour ce type de maladie. Pour cette raison, les histoires sur les délais d'attente prolongés dans les hôpitaux ne font plus les manchettes des journaux.

Lorsque vous avez choisi vos groupes types ou lorsque l'agence Ipsos-Reid effectue un sondage, prenez-vous en considération ce qui fait la une des journaux au moment de l'étude?

M. McGurran: Dans ce cas, non. J'ajouterai pour aller plus loin, qu'en fait, lorsqu'il y a des épidémies de grippe et des demandes accrues de services, les opérations chirurgicales non urgentes, par exemple, sont les premiers services qui sont laissés de côté.

Aussi surprenant que cela puisse paraître, lorsque le système est sous pression et que les chirurgiens doivent annuler leurs opérations à la dernière minute, les journaux n'en soufflent pas mot.

Le sénateur LeBreton: Madame Armstrong, ce matin nous avons entendu des témoignages de personnes qui avaient une très bonne opinion du système de soins de santé en Alberta. Je comprends que vous vous occupez principalement des cliniques privées, mais vous avez parlé de résultats imprévus, de prix plus élevés, de coûts supérieurs et d'une garantie inférieure. Votre association n'a-t-elle obtenu aucun bon résultat au cours de son étude?

Mme Armstrong: J'ai parlé à des centaines de personnes atteintes de cataracte. Puisque le traitement chirurgical de la cataracte améliore de façon considérable la qualité de vie d'un individu, la plupart des personnes étaient satisfaites du résultat de leur opération chirurgicale, qu'elle ait été effectuée dans un hôpital public ou une clinique privée. Les seules plaintes ou marques d'approbation que j'ai pu noter concernaient, en général, l'anesthésiste, le médecin ou le personnel soignant.

Le sujet de satisfaction le plus souvent cité à propos des cliniques privées, et ceci pourrait être instructif pour le système de soins de santé public, se rapportait à l'absence de la chemise d'hôpital bleue, ouverte dans le dos et de la gratuité du stationnement. N'importe quelle personne qui a dû payer pour stationner dans un hôpital en région urbaine comprendra l'attrait du stationnement gratuit.

Senator LeBreton: You are not in danger, I presume, when doing a study like this of being accused of going in with a bias?

Ms Armstrong: I have been accused of a lot of things over the last 10 years; however, people cite my studies.

We have done these surveys. We have called the clinics and have asked the questions. We have played the role of a consumer, saying: "I would like to know how much the surgery costs and how long the wait is." We have invited anybody anywhere to duplicate our work and come up with a different answer. We are not tied to the results.

What also came through in our work is that people seem to like the rural or medium size hospitals, where there is any aspect of humanity, rather than the bigger institutions.

Dr. Bergman: I just wanted to add a couple of comments about waiting lists. A family physician prioritizes the referral process, the surgeon prioritizes the surgery process. That process is not always in agreement with the individual, but it may be the best solution.

When you are involved in a system where there are waiting lists, you are forever trying to make sure that the sickest person goes first or the one for whom there will be the biggest problem. Tools like that which Mr. McGurran has developed make a tremendous difference, because it gives us a rational background to be able to do that.

What also helps are the relationships that are built through shared care, the ability to call people and actually have them answer at the other end of the telephone. Within the last 20 years, probably more the last 10, regionalization has been a major disruption for old relationships. Our system worked on relationships. When the relationships are gone, our ability to manage or manipulate within the system to get to people to care is reduced.

Ms Armstrong: I should like to refer to another important factor that we discovered. Our study found that, in Calgary, where there were the longest average waits, the minimum reported wait for cataract surgery out of 23 surgeons was 1 week to 40 weeks. What is important for people to realize is that every waiting list depends not just on the availability of a facility but on the availability of a surgeon. What we have found is that, generally, surgeons who have the opportunity to earn more money by providing non-insured services such as laser eye surgery are simply less available for referrals from family physicians or for cataract surgery or for many of the publicly insured procedures.

Le sénateur LeBreton: Lorsque vous faites une étude comme celle-ci, vous accuse-t-on d'avoir un parti pris?

Mme Armstrong: On m'a accusée d'un grand nombre de choses au cours des 10 dernières années, mais mes études continuent à être données en exemple.

Pour effectuer ces études, nous avons appelé les cliniques et posé les questions, jouant le rôle d'un consommateur et demandant: «J'aimerais savoir combien coûte le traitement chirurgical et quel est le délai d'attente?» Nous avons invité n'importe qui, n'importe où, à répéter exactement les mêmes questions et les réponses ont été différentes à chaque fois. Nous ne sommes pas limités à ces résultats.

Ce qui a également transparu dans notre recherche est la préférence des personnes pour les hôpitaux en région rurale ou de grandeur moyenne, dans lesquels elles peuvent trouver une quelconque trace d'humanité, plutôt que les établissements plus importants.

Dre Bergman: Je voudrais simplement faire quelques commentaires au sujet des listes d'attente. Un médecin de famille donne la priorité au processus de présentation, alors que le chirurgien donne la priorité au processus d'opération chirurgicale. Bien que cette façon de procéder ne respecte pas toujours l'individu, elle reste peut-être la meilleure solution.

Lorsque vous évoluez au sein d'un système où il existe des listes d'attente, vous vous efforcez constamment de vous assurer que la personne la plus malade ou celle qui présente le plus de complications passe en premier. Les outils comme ceux que M. McGurran a élaborés font une réelle différence, parce qu'ils nous permettent d'avoir un contexte rationnel à la façon dont nous procédons.

L'autre facteur qui facilite le processus d'attente s'applique aux rapports qui s'établissent grâce au partage des soins, à la possibilité de contacter les personnes et de savoir qu'elles répondront au téléphone. Depuis les 20, ou plutôt les 10 dernières années, la régionalisation a été le facteur principal de la perturbation des anciens rapports entre médecins et patients. Le moteur primordial de notre système étant les rapports humains, lorsque les rapports entre les individus disparaissent, notre capacité de gestion ou notre marge de manœuvre à l'intérieur du système pour rejoindre les personnes et leur donner des soins se trouve réduite.

Mme Armstrong: J'aimerais me référer à un autre facteur important que nous avons découvert. Notre étude a révélé qu'à Calgary, où les délais d'attente moyens étaient les plus longs, le délai d'attente minimum pour une opération de la cataracte parmi 23 chirurgiens était de 1 à 40 semaines. Il faut que les gens réalisent que chaque liste d'attente dépend non seulement de la disponibilité d'un établissement, mais également de la disponibilité d'un chirurgien. Nous avons découvert, qu'en général, les chirurgiens qui ont l'occasion de gagner plus d'argent, en offrant des services qui ne sont pas couverts par l'assurance-maladie, comme le traitement chirurgical des yeux au laser, sont tout simplement moins disponibles sur présentation des médecins de famille ou pour une chirurgie de la cataracte ou pour un grand nombre d'interventions garanties par l'assurance-maladie.

Doctors tend to follow the money. For example, if you can earn \$2,000 for 15 minutes work as opposed to, say, \$400, where would you spend your time and resources?

Hence, it is important to recognize that waiting lists are very individual to the surgeon and where they choose to spend their time as well.

Senator LeBreton: I actually did see that number and wondered how it could be possibly that much of a variance.

Ms Armstrong: I can provide you with all the original data, if you wish, from the phone survey.

The Chairman: Mr. McGurran, you raised the issue of setting benchmark waiting times, which is really what it is all about. There are some European communities that are doing that. What we are talking about here is saying that for, say, procedure X the maximum waiting time ought to be X number of weeks. In fact, in a couple of European countries where such a standard exists, if an individual gets to the maximum waiting time the government will send the patient out of the country to have the procedure done, which has had a huge impetus, by the way, in the efficiency of hospitals that would like to get the revenue themselves.

Can you just tell us a little bit about what the time frame is for coming to some sense of benchmark data?

This goes back to Ms Armstrong, because it seems to me that the people who will, in the end, determine whether a waiting time is reasonable — or, if you want to put it in political terms, saleable — are the consumers, the voters. That, to me, is one of the key waiting line issues. I would love to know how you will come to grips with it.

Mr. McGurran: Let me first just comment on one other issue. I am not sure if you caught Ms Bergman's comment that from time to time we have invested in developing a solution that looks like it will work, something that has broad acceptance, but that, for some reason, its moment in time passes.

Ms Armstrong: Ten years later.

Mr. McGurran: Perhaps, but I think that is the premise to the answer. In other words, what we will do now is ask the provincial governments, the deputy ministers of health in the four Western provinces, to support the implementation of these tools to move that process forward.

To answer your question, however, Mr. Chairman, on the waiting times issue, we see that as a national agenda. We would argue that you should begin, not with an arbitrary time based on a political promise or fiscal forecasting, with an urgency score.

That is the principle behind the cardiac care system in Ontario. I am not suggesting that cataract surgery can be compared to cardiac surgery, but there are some similarities. For example, if

Les médecins ont tendance à suivre la trace de l'argent. Par exemple, si vous gagnez 2 000 \$ pour un travail de 15 minutes, plutôt que 400 \$, où choisiriez-vous de passer votre temps et d'utiliser vos ressources?

C'est pourquoi, il est important de reconnaître que les listes d'attente varient selon les chirurgiens et l'établissement où ils décident d'exercer.

Le sénateur LeBreton: J'avais en effet remarqué ce chiffre et me demandais comment un tel écart pouvait s'expliquer.

Mme Armstrong: Si vous le désirez, je peux vous procurer toutes les données originales obtenues à partir du sondage téléphonique.

Le président: Monsieur McGurran, vous avez soulevé la question d'établir des délais d'attente de référence, ce qui va droit au cœur du problème. Il existe des pays européens qui ont instauré cette pratique. La formule que nous voulons établir est, disons que pour l'intervention X, le délai d'attente maximum devrait être de X nombre de semaines. En réalité, dans un certain nombre de pays d'Europe où une telle mesure existe, si un individu atteint le délai d'attente maximum, l'état enverra ce patient dans un autre pays où il pourra subir cette intervention, ce qui a, par ailleurs, vraiment d'augmenter l'efficacité des hôpitaux désireux d'attirer eux-mêmes les revenus.

Pouvez-vous nous en dire plus sur les délais d'attente afin que nous puissions avoir une meilleure idée des données de référence?

Je m'adresse également à Mme Armstrong, puisqu'il me semble qu'en définitive, les personnes qui détermineront si un délai d'attente est raisonnable ou, en termes politiques, vendable, sont les consommateurs, les électeurs. Pour moi, ceci est l'enjeu déterminant des délais d'attente. J'aimerais vraiment savoir comment vous allez vous y prendre.

M. McGurran: Laissez-moi simplement apporter un commentaire au sujet d'un autre problème. Je ne suis pas sûr si vous avez entendu Mme Bergman dire que, de temps à autre, nous avons investi des fonds dans le but de trouver une solution qui semblerait vouloir donner fruit, une solution qui est bien reçue et acceptée, mais qui est, pour une raison quelconque, mise de côté parce qu'elle n'est plus opportune.

Mme Armstrong: Dix ans plus tard.

M. McGurran: Il est bien possible, mais je pense que ceci est au cœur de la réponse. En d'autres termes, nous nous proposons maintenant de demander aux gouvernements provinciaux et aux sous-ministres de la Santé des 4 provinces de l'Ouest du pays d'appuyer la mise en place de ces outils pour faire avancer ce processus.

Cependant, pour répondre à votre question sur les délais d'attente, monsieur le président, nous considérons ce problème à l'échelle nationale. Nous épousons la conviction que vous devriez commencer immédiatement, et non de façon arbitraire suivant une promesse politique ou une prévision fiscale.

Voilà le principe derrière le système des soins cardiaques en Ontario. Je ne suggère pas que la chirurgie de la cataracte puisse être comparée à la chirurgie cardiaque, mais il existe des points en

you have a range of scores, you would guarantee a particular surgery for certain patients in a certain period of time.

The Chairman: Yes. Senator Keon, as you may know, is also the director general of the Ottawa Heart Institute and the creator of the Cardiac Care Network in Ontario. We can come back and talk about that later.

It seems to me that if we do this there has to be an obligation on the government, as the supplier, that the government has to suffer the penalty if the deadline is not met. There has to be a balance of forces here. One of the things that has intrigued me about some of the European models is that when a patient gets to the end of the maximum waiting period the government has an obligation to send that patient out of the country, from Sweden to Germany, say, to receive the medical service, and the government has to assume the costs of that.

What I am saying, I suppose, is that there has got to be a cost to government of continuing to ration the service.

Mr. McGurran: We use the term "acceptable" in the report, and we use that pretty non-scientific term.

The Chairman: It is a term that Ms Armstrong's people would absolutely understand.

Mr. McGurran: Acceptable to the providers, to the government.

The Chairman: And acceptable to the consumers who actually are the reason we have the system.

Ms Armstrong: The plan members who pay for their plans — if I could just add something to that —

The Chairman: I am deliberately being provocative here.

Ms Armstrong: I understand. What is really important, and what we sometimes forget, is that, as patients, when we seek advice from health care professionals they have a fiduciary responsibility to us. We are very dependent on them. Essentially, the consumer element comes in in terms of us being consumers of health plans, whether they are public or private. I think what you are talking about is this: Where do we get value for money in terms of who is running our plan and ensuring an adequate supply of services?

The Chairman: What I really want to know — and I know you do not have it now — is whether you think it is indeed possible to get to the point where the government would say that for service X the maximum waiting time is X, that for service Y, something less urgent, say, the waiting time is Y, and where consumers would agree, kind of grudgingly, I imagine, that it sounds pretty reasonable.

Ms Armstrong: I would encourage you to read my presentation, but one of the dilemmas is an aggressive commercial parallel private system, which we have in Canada.

commun. Par exemple, si vous avez plusieurs choix, vous pourriez garantir un certain chirurgien pour certains patients pendant un certain temps.

Le président: Oui. Le sénateur Keon, comme vous le savez peut-être, est également le directeur général de l'institut cardiaque de l'Université d'Ottawa et le fondateur du Réseau de soins cardiaques de l'Ontario. Nous reviendrons à ce sujet un peu plus tard.

Il me semble que si nous effectuons ce que vous recommandez, le gouvernement doit s'engager en tant que fournisseur à subir les conséquences si l'échéance n'est pas respectée. Il doit y avoir un équilibre des pouvoirs. L'un des faits qui m'a le plus intrigué à propos de certains modèles européens concerne la responsabilité de l'État vis-à-vis du patient. Ainsi, lorsqu'un patient a atteint le délai maximum d'attente, l'État est obligé de le faire soigner à l'extérieur du pays. Par exemple, de la Suède, il doit aller en Allemagne pour recevoir ses traitements, et ce aux frais de l'État.

Le point sur lequel je désire insister se rapporte aux coûts que le gouvernement doit subir s'il continue à rationner le service.

M. McGurran: Dans le rapport, nous employons le terme «acceptable» qui est tout à fait générique.

Le président: C'est un terme que les personnes avec qui Mme Armstrong travaille comprendraient parfaitement.

M. McGurran: Les fournisseurs et le gouvernement doivent s'y soumettre.

Le président: De plus, il doit convenir aux consommateurs qui sont la raison pour laquelle le système existe.

Mme Armstrong: Si vous me permettez d'ajouter que les participants au régime qui contribuent à leur régime...

Le président: J'essaie délibérément de provoquer sur ce point.

Mme Armstrong: Je comprends. Ce qui importe le plus, et ce que nous avons tendance à oublier, c'est qu'en tant que patients, lorsque nous demandons conseil aux professionnels des soins de santé, ceux-ci doivent accepter de prendre en charge le rapport de confiance qui s'établit entre eux et nous. Nous sommes très dépendants d'eux. Essentiellement, l'élément de consommation existe parce que nous sommes des consommateurs de régimes de santé, qu'ils soient gouvernemental ou privés. Je crois que ce dont vous parlez peut s'exprimer de la manière suivante: où peut-on obtenir un bon rapport qualité-prix suivant la personne qui gère notre régime et assure une quantité adéquate de services?

Le président: Ce que je veux vraiment savoir, tout en sachant que vous n'avez pas la réponse, c'est si vous pensez que c'est possible d'arriver à la situation suivante: que l'État puisse recommander que pour l'obtention d'un service X, il faut s'attendre à un délai d'attente maximum de X, que pour un autre service Y, disons une intervention moins urgente, le délai d'attente est Y, et que les consommateurs acceptent, sans trop se plaindre, ces conditions somme toute raisonnables.

Mme Armstrong: Je vous encourage à lire mon rapport, parce que l'un des dilemmes auxquels nous devons faire face ici au Canada est la présence d'un système parallèle privé, commercial et persuasif.

The Chairman: I was not talking about a parallel private system.

Ms Armstrong: No, but we have one in Canada.

When I listen on my radio, I hear about bone density testing, about the importance of colorectal testing, that drug X will save my marriage, my pain, my nausea, my what have you. One of the realities of embracing commercial values and marketing in health care is that regardless of what you do in the public system you will drive demand. In fact, what have we seen here with the parallel private public system is a loss of confidence.

The private sector often sells experimental surgery as state of the art, essentially as part of a large clinical trial, but part of selling it is to create expectations. The expectations created by the commercial sector are what drive, essentially, the public's expectations of the public sector.

I highly suggest that you take a look at the evidence around things like direct consumer advertising, marketing of medical devices, all the information that the public is being bombarded with

People need to feel confident and to believe that they are not being cheated by the public system. For example, we need to find a way to stop doctors from saying to their patients that if they want to avoid complications, say a detached retina, or avoid pain, to end up with better eyesight, they have the option to purchase, in the retail marketplace, an upgraded lens implant for \$750. These are the same doctors who advised the Regional Health Authorities that they did not think upgraded implants were of value. Until you find a way of controlling what the physician is saying to the patient, it will be very difficult for patients to have confidence in the system.

The Chairman: Dr. Bergman, I happen to agree very strongly with two of the bullet points you made on population health, which is not what you read out, but I will just read them to you.

The first is this: "We need to shift the focus from caring for who comes to caring for who needs the care." The second is this: "Services need to become more directed at needs rather than wants." We totally agree with those observations.

You may not be able to answer this right now, but any thoughts you might have in terms of what the federal government could do to implement these ideas would be really helpful to us.

Dr. Bergman: I do have some ideas, but perhaps I will put them in writing, where I can be more detailed and concrete.

The Chairman: That would be great.

Le président: Je ne parlais pas d'un système parallèle privé.

Mme Armstrong: Non, mais nous en avons un au Canada.

Lorsque j'écoute la radio, j'entends parler d'une analyse pour déterminer la densité osseuse, de l'importance de l'examen colorectal, du médicament X qui pourra sauver mon mariage, soulager mes douleurs, calmer mes nausées et bien d'autres promesses. Lorsque vous acceptez de profiter des valeurs commerciales et de la commercialisation des soins de santé, peu importe ce que vous faites au sein du système public, vous souscrivez à la loi de la demande. En fait, depuis l'avènement du système parallèle privé, nous sommes témoins d'une perte de confiance envers le système public.

Le secteur privé propose souvent des traitements chirurgicaux expérimentaux comme étant ce qui se fait de mieux. Ces traitements font avant tout partie d'un vaste programme d'essais cliniques, mais la vente de ces traitements ne correspond-elle pas aussi à la création d'attentes. Les attentes créées par le secteur commercial sont essentiellement ce qui alimente les attentes du public face au secteur public.

Je recommande avant tout que vous considériez les preuves concrètes, telles que la publicité s'adressant directement aux consommateurs, la commercialisation d'instruments médicaux, enfin toute l'information qui agresse le grand public.

Les gens ont besoin de se sentir en confiance et de croire que le système public n'abuse pas d'eux. Par exemple, nous devons trouver un moyen d'arrêter les médecins de dire à leurs patients que s'ils veulent éviter les complications, comme un décollement de rétine, ou prévenir les douleurs, et ainsi avoir une meilleure vue, ils ont la possibilité d'acheter sur le marché du détail un cristallin artificiel amélioré à 750 \$. Remarquons que ces médecins sont les mêmes qui ont déconseillé les implants améliorés aux régies régionales de la santé invoquant leur inutilité. Jusqu'à ce que l'on puisse trouver un moyen de contrôler ce que recommande un médecin à son patient, il sera très difficile pour les patients d'avoir confiance au système.

Le président: Docteur Bergman, il se trouve que je suis tout à fait d'accord avec deux des points que vous avez énumérés au sujet de la santé de la population. Vous ne les avez pas mentionnés lors de votre présentation, alors permettez-moi de vous les lire.

Le premier point est le suivant: «Nous avons besoin de diriger notre attention non pas sur ceux qui viennent pour recevoir des soins, mais sur ceux qui ont besoin de recevoir des soins». Le deuxième point réitère l'idée du précédent: «Les services doivent être offerts à ceux qui en ont besoin, plutôt qu'à ceux qui les désirent». Nous reconnaissons entièrement la véracité de ces observations.

Peut-être ne pourrez-vous pas répondre à cette question dès maintenant, mais si vous avez des opinions sur ce que le gouvernement fédéral pourrait faire pour mettre ces idées en place, nous vous serions très obligés.

Dre Bergman: J'ai en effet quelques opinions, mais je préférerais les mettre par écrit pour être plus détaillée et précise.

Le président: Je vous remercie beaucoup.

Senator Keon: Mr. McGurran, one of the interesting things we experienced in the development of the Cardiac Care Network was that we overdid it a couple of times. For example, we ramped provincial services too high, and we then found we had created tremendous inefficiencies in the system because there was not enough flow through to utilize the resources that had been set in place to deal with the blip. Of course, these resources are unionised, and so forth, and so you were stuck with a minimum of three months or so before we could ramp back.

In the development of efficient waiting times, there are two major concerns, and of course the first is the patient, the consumer. There also is the concern of the facilities involved in the overall system, the efficiency of the system, just how many people are needed in the pool for whatever to make the system work logically. Would you like to comment on that?

Mr. McGurran: You know, your observations are very valuable and will bring a lot to the debate. You are right, there is an implication for resources, and possibly as a result of your experience in Ontario they may be more conservative.

As I understand it, a certain number of joints is allocated to a region. Hence, supply is fixed, and then it becomes a case of which patient should have access to them. The situation would be far more complicated if both ends were unknown.

With respect to the needs of the patient, a lot of work needs to be done to determine the minimum criteria for that service. Other than the fact that once an individual has had a hip replacement or cataract surgery his or her quality of life is likely going to improve, it is very tough to know, and arguably it is unknown right now, at what point that intervention should take place. Nevertheless, you raise an issue that should remain on the table for thoughtful discussion.

Ms Armstrong: Another factor, although perhaps not as significant with cardiac surgery as some other surgeries, is that Dr. Raisa Deber has done some very insightful work on what patients want and desires are. While it is clear that individuals expect somebody with expertise to be able to assess and diagnose them, they would like more say in terms of the kinds of treatments they may choose to follow, based on their personal experiences, current circumstances, and a variety of factors.

The Alberta Consumers Association worked with the Alberta Medical Association for a year on a project called "Partners in Care to Improve Patient/Physician Communication." The most common complaint you will hear in the whole health care system relates to communication. Patients and physicians need access to good quality information in order to evaluate the situation; decisions cannot be made without access to good information. They must communicate effectively with one another. I do not want you to lose that aspect either.

Le sénateur Keon: Monsieur McGurran, je voudrais vous faire part des conséquences intéressantes de notre expérience lors de l'élaboration du Réseau de soins cardiaques de l'Ontario. En gros, nous en avons trop fait. Ainsi, en injectant trop d'argent dans les services provinciaux, nous avons réalisé que le système était devenu tout à fait inefficace parce que le transfert des paiements n'était pas suffisant pour utiliser les ressources ayant été mises en place pour s'occuper du problème. De plus, du fait de la syndicalisation de ces ressources, nous avons été obligés d'attendre au moins 3 mois avant de pouvoir continuer notre assistance.

Dans l'élaboration de délais d'attente plus efficaces, nous devons prendre en considération deux facteurs, le premier étant, bien entendu, le patient, le consommateur. Le second facteur concerne les établissements dont dispose le système, l'efficacité du système et le nombre de personnes qui sont nécessaires à faire fonctionner le système de façon cohérente. Désirez-vous apporter vos commentaires sur ces points?

M. McGurran: Vos observations sont très précieuses et pourront alimenter et enrichir le débat. Vous avez raison de noter les répercussions sur les ressources et il est possible qu'à la suite de votre expérience en Ontario, elles seront plus modestes.

Tel que je l'entends, un certain nombre de prothèses sont attribuées à une région. Par conséquent, en raison de la quantité imposée de prothèses, il faut choisir quel patient devrait y avoir accès. Cependant, la situation serait encore plus compliquée si les deux parties étaient inconnues.

En ce qui concerne les besoins des patients, il reste beaucoup de travail à faire dans le but de déterminer les critères minimums de ce service. Outre le fait que la qualité de vie d'un individu qui reçoit une prothèse de la hanche ou subit une opération de la cataracte aura tendance à s'améliorer, il est très difficile de savoir, et à cet instant il est impossible de le faire, à quel moment cette intervention devrait intervenir. Néanmoins, vous avez soulevé un problème qui mérite de plus amples réflexions devant être remises à plus tard.

Mme Armstrong: J'aimerais mentionner la recherche de la Dre Raisa Deber qui, bien que n'ayant pas de portée aussi considérable sur les opérations cardiaques que sur d'autres interventions, jette de la lumière sur ce que les patients veulent et désirent. Il est clair que les individus s'attendent à ce qu'une personne possède les compétences nécessaires pour pouvoir les examiner et faire un diagnostic, ils voudraient avoir la liberté de s'exprimer sur les types de traitement qu'ils peuvent choisir de suivre, suivant des facteurs divers, comme leur propre expérience, les circonstances du moment, et cetera.

Pendant un an, l'Alberta Consumers Association conjointement avec l'Alberta Medical Association a travaillé sur un projet nommé «Partners in Care to Improve Patient/Physician Communication». La critique qui revient le plus souvent à propos du système de soins de santé est le manque de communication. Les patients et les médecins ont besoin d'accéder à de l'information de qualité afin d'évaluer une situation; il est impossible de prendre des décisions sans avoir accès à de l'information valable. Ils doivent communiquer efficacement entre

Senator Keon: You mentioned in passing the problems as a patient moves from full medicare coverage, so to speak, into the private system. In Ontario, for example, a patient with bacterial endocarditis needs intravenous drugs for six weeks. At \$1,200 a day, we cannot keep this patient in the hospital. However, when we send them out, it is costing them \$1,000 a day. This is an area that really concerns me, and one in which we seem to have blinders on. The health care system pays doctors and hospitals, among other things, but not a lot of other things.

Ms Armstrong: The list is shrinking.

Senator Keon: Yes. There is more and more delisting all the time. The government covers about 70 per cent of the services; about 30 per cent people are paying out of pocket. Often the things that are not covered are related to ambulatory care or custodian care, matters that are not even considered health care anymore but that are expensive.

I have asked many of the witnesses this question, and I am going to ask you also: How should we deal with this? Should we level the playing field? Should we fund 70 per cent of everything and let the public fund the other 30 per cent?

Yesterday, one of the witnesses said the public purse should pay for everything. I pointed out that that would mean about 14 per cent of GDP, fundamentally doubling the public expenditure on health right now. Hence, how are we going to solve this?

Ms Armstrong: I am pleased you raised that point. An incredible burden of these costs has shifted not only to individuals and patients but also to Canadian employers, particularly small and medium-sized businesses. There have been incredible hikes in premiums. If you go to www.benefitcanada.com, you will read there some remarkable evidence about crippling premium increases that many employers are facing.

With respect to home therapies — intravenous, et cetera — what most people do not realize is that bulk purchasing is very advantageous, both for the insurer and the institution. For example, the same lenses that were being sold retail in Calgary for \$750 were purchased for less than \$100 by the Lethbridge and Lamont hospitals.

Let's look at the issue of tube feeding. Patients on tube feeding who were released from the hospital were forced to spend \$450 a month on tube feeding. That would be their only source of nutrition. Alberta now has a province-wide program, run out of the major care centres, that enables a hospital or a regional centre to purchase a month's tube feeding at \$100 rather than \$400 or \$450. The program was almost lost, because of its impact on the retail pharmacies, which is a bit of a problem.

eux. Je ne veux pas que vous perdiez de vue cet aspect du problème.

Le sénateur Keon: Vous avez mentionné rapidement les problèmes qu'éprouvent les patients qui décident de passer de la garantie totale du régime de l'assurance-maladie au système privé. En Ontario, par exemple, un patient atteint d'une endocardite infectieuse a besoin de recevoir des médicaments par voie intraveineuse pendant 6 semaines. À 1 200 \$ par jour, il nous est impossible de garder ce patient à l'hôpital. Cependant, lorsque nous lui donnons son congé, il doit déboursier 1 000 \$ par jour. C'est une perspective qui me préoccupe beaucoup et pour laquelle nous nous voilons la face. Le système de soins de santé paie les médecins et les hôpitaux, entre autres, mais personne d'autre.

Mme Armstrong: Et la liste ne fait que diminuer.

Le sénateur Keon: C'est vrai. Il y a de plus en plus de services qui ne sont plus assurés. Le gouvernement couvre à peu près 70 p. 100 des services, alors qu'il incombe au patient de verser l'autre 30 p. 100 de sa propre poche. Souvent, les services qui ne sont pas assurés correspondent aux soins ambulatoires ou aux soins de gardien; des domaines que ne sont plus considérés comme faisant partie des soins de santé, mais qui coûtent chers.

J'ai posé ces questions à plusieurs témoins et je vous les pose également: «Quelles mesures pourrions-nous prendre à ce sujet? Devrions-nous uniformiser les règles du jeu? Devrions-nous financer 70 p. 100 de tous les services et laisser le public s'occuper des autres 30 p. 100?»

Hier, un des témoins m'a dit que les fonds publics devraient servir à financer tous les services. Je lui ai fait remarquer que le montant en question correspondrait à environ 14 p. 100 du PIB, ce qui doublerait les dépenses publiques actuelles sur la santé. Comment allons-nous donc résoudre ce problème?

Mme Armstrong: Je suis contente que vous souleviez ce point. Une énorme partie de ces coûts pèsent non seulement sur les individus et les patients, mais également sur les employeurs canadiens, particulièrement les petites et moyennes entreprises. Il y a eu une augmentation incroyable d'indemnités. Si vous visitez le site www.benefitcanada.com, vous y trouverez des témoignages incroyables sur la hausse écrasante d'indemnités auxquelles sont confrontés un grand nombre d'employeurs.

En ce qui a trait aux traitements à domicile, intraveineux ou autres, la plupart des gens ne réalisent pas que les achats en vrac sont très avantageux, à la fois pour la compagnie d'assurances et pour l'établissement. Par exemple, le même cristallin artificiel qui se vendait au détail à Calgary à 750 \$ a été acheté à moins de 100 \$ par les hôpitaux de Lethbridge et de Lamont.

Passons maintenant au problème de l'alimentation par sonde. Les patients qui avaient reçu leur congé de l'hôpital étaient obligés de déboursier 450 \$ par mois pour leur alimentation par sonde, leur source unique de nutrition. L'Alberta dispose d'un programme provincial, géré par les centres de soins les plus importants, qui permet à un hôpital ou à un centre régional de payer 100 \$ pour acheter l'équivalent d'un mois d'aliments pour l'alimentation par sonde, plutôt que 400 ou 450 \$. Il y eut un temps où le programme a presque disparu en raison de son impact

As a consumer group, we deal with private health benefit plans that cover an increasing number of the basket of services that are required by individuals. It may be not as much as 70 per cent of the cost, but if you look at the number of services, they are covering more and more. I think you need to go to them.

Medicare was created in the first place by transferring the funds people paid through their employer benefit plans, through private insurance, into the public purse to enable bulk purchasing, cost controls, price controls. We must sit down with business in this country and identify a way to fairly and equitably shift the significant dollars that workers and employers are currently spending on private health insurance products in the workplace back into the public system to enable some cost efficiencies.

The Chairman: May I thank all of you for attending here.

Senators, our next panel is made up of Ms Patricia Raymaker, Chair of the National Advisory Council on Aging. Ms Raymaker is joined by Neil Reimer, Secretary-Treasurer of the Alberta Council on Aging, and George Arès, the President of the Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada.

I shall ask Ms Raymaker to go first, because she has a plane to catch. We will follow with questions, Ms Raymaker.

Ms Pat Raymaker, Chairperson, National Advisory Council on Aging: Honourable senators, the National Advisory Council on Aging is pleased to have this opportunity to respond to Volume Four: Issues and Options. As you know, Dr. Michael Gordon responded to one of the other volumes in your report.

I shall begin by thanking you for your interest in our views on the issues and options discussed from the perspective of today's seniors and tomorrow's seniors. I would like to pat the committee on the back for a couple of things. NACA is very pleased to see that the committee has confirmed the legitimacy of the five distinct federal roles in health and health care.

The council also notes with agreement that the committee has included within the federal financing role the funding of innovative health research and evaluation of innovative pilot projects in support of the health care infrastructure. We have just heard the previous speakers talk about taking pilot projects into demonstration projects, and I see that the federal government sees that as one of its roles. Hence, we commend the committee.

sur les pharmacies de vente au détail. C'est un problème à considérer.

En tant que groupe de défense des consommateurs, nous sommes en charge des régimes privés de santé qui couvrent un nombre de plus en plus important de paniers de services dont ont besoin les individus. Ce chiffre n'atteint peut-être pas 70 p. 100 des coûts, mais en considérant le nombre de services, la garantie de ces régimes privés prend de l'envergure. Je crois qu'il faut que vous alliez rencontrer les gens de ces milieux.

Le régime d'assurance-maladie a été créé en premier lieu en transférant les subventions versées par les assurés à leur régime de prestations d'employeur, par le biais d'assurance privée, dans les fonds publics afin de permettre les achats en vrac, les contrôles des coûts et des prix. Nous devons nous asseoir avec les entreprises de ce pays pour identifier une façon juste et équitable de faire revenir l'argent, que les travailleurs et les employeurs versent actuellement dans des produits des régimes privés de santé, dans le système public afin de contribuer à sa rentabilité.

Le président: Je voudrais tous vous remercier de votre présence.

Messieurs et mesdames les sénateurs, notre prochain comité est composé de Mme Patricia Raymaker, présidente du Conseil consultatif national sur le troisième âge. Mme Raymaker est accompagnée de M. Neil Reimer, secrétaire-trésorier de l'Alberta Council on Aging et de M. Georges Arès, président de la Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada.

Je laisse d'abord la parole à Mme Raymaker, parce qu'elle a un avion à prendre. Une période de question suivra, madame Raymaker.

Mme Pat Raymaker, présidente du Conseil consultatif national sur le troisième âge: Honorables sénateurs, le Conseil consultatif national sur le troisième âge est heureux d'avoir l'occasion de répondre au «Volume Four: Issues and Options». Comme vous le savez, le Dr Michael Gordon a répondu à l'un des autres volumes de votre rapport.

Je commencerai par vous remercier de l'intérêt que vous portez à nos opinions sur les questions et options discutées du point de vue des personnes âgées d'aujourd'hui et de demain. Je voudrais féliciter le comité sur quelques points. Le CNTA est très heureux de voir que le comité a confirmé la légitimité des cinq rôles distincts du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé.

Le conseil a également pris en note avec plaisir que le comité a tenu à ce que le gouvernement fédéral joue un rôle dans le financement de la recherche innovatrice sur la santé et dans l'évaluation de projets pilotes innovateurs pour venir en aide à l'infrastructure du système de soins de santé. Nous venons d'entendre les interlocuteurs qui nous ont précédés, suggérer de passer de l'étape expérimentale à l'étape d'essai et je remarque que le gouvernement fédéral reconnaît sa responsabilité à ce niveau. Pour cette raison, nous voulons faire l'éloge du comité.

I will talk about seven areas. You have my written presentation before you. I will address one or two points related to each, and then we can move to questions.

The first area is health promotion and disease prevention. The National Advisory Council on Aging has recommended that increased priority be given to health promotion, disease prevention, and population health. We would like to see a priority given to that area.

The council is encouraged that the committee believes that the federal government has an important role to play in the fields of health protection, disease prevention and health wellness promotion. Furthermore, we feel that older adults need to be targeted as much as younger Canadians in federal health promotion efforts.

On the topic of primary care, a couple of issues. There has been a lot of talk about primary care, and I think the committee recognizes that certainly a geriatric practice, which is care of the elderly, requires time with the patient. Hence, our council recommends that the method of physician remuneration, which is a traditional fee for service, be critically examined and modified as necessary to be more compatible with the principles of good geriatric care.

NACA agrees strongly with the committee's views that the federal government should play whatever role it can to facilitate the restructuring of primary care, and the council endorses the committee's conclusion that primary care reform is one of the most critical aspects of modernizing the Canadian health care system. Hence, primary care restructuring can be a big area for reform.

Home care and home support services to help people stay independent in their homes is very important to seniors. Over the last decade, the resources given to home care, as a result of the restructuring of the hospital aspect of health care, although doubled, are insufficient. It is our recommendation that that area be looked at.

In our written brief, we discuss the various strengths and weaknesses of each of the four funding options you have given us. For the purpose of today's presentation, I would like to say that the council recommends the adoption of the first option as being the only option, a national home care program, a national home care program federally led through increased CHS transfers with established national standards and public accountability.

The council is very pleased that the committee has recognized the burden placed on informal caregivers as they attempt to meet the needs of aging relatives and friends. A national home care program would go a long way to relieve the stress and out-of-pocket expenses for informal caregivers. As noted in your report, further support could be provided through adjustments to

Je discuterai de sept champs d'intérêt auxquels vous pouvez vous référer dans ma présentation écrite se trouvant devant vous. J'aborderai un ou deux points de chacun des domaines, puis nous pourrions passer aux questions.

Le premier point d'intérêt est la promotion de la santé et la prévention des maladies. Le Conseil consultatif national sur le troisième âge a recommandé qu'une priorité accrue soit accordée à la promotion de la santé, à la prévention des maladies et à la santé de la population. Nous voudrions que cet aspect soit traité en priorité.

Le conseil est flatté que le comité reconnaisse le rôle important du gouvernement fédéral dans les domaines de la promotion de la santé et du mieux-être, et de la prévention des maladies. En outre, nous sommes d'avis que les personnes âgées, tout autant que les jeunes Canadiens, doivent être la cible des efforts de promotion de la santé du gouvernement fédéral.

En ce qui concerne les soins primaires, j'aimerais insister sur quelques points. Il y a eu de nombreuses discussions au sujet des soins primaires et je pense que le comité reconnaîtra certainement que la pratique gériatrique, qui correspond à l'administration de soins aux personnes âgées, requiert de passer un certain temps avec le patient. C'est pourquoi, notre conseil recommande que la méthode de rétribution des médecins, qui consiste à payer les traditionnels honoraires en échange d'un service, soit réexaminée d'un œil critique et qu'elle soit modifiée, au besoin, afin d'être plus compatible avec les principes de soins gériatriques adéquats.

Le CNTA appuie fortement l'opinion du comité au sujet du rôle du gouvernement fédéral à faciliter la restructuration des soins primaires et le conseil souscrit aux conclusions du comité que la réforme des soins primaires est l'un des aspects les plus critiques de la modernisation du système de soins de santé canadien. Ainsi, la restructuration des soins primaires peut être au cœur de la réforme du système.

Les soins et le soutien à domicile sont des services essentiels pour les personnes âgées favorisant leur indépendance. Au cours des 10 dernières années, les ressources accordées aux soins à domicile, suite à la restructuration de l'aspect hospitalier des soins de santé, ont doublé, mais elles demeurent insuffisantes. Nous vous conseillons d'examiner ce point.

Dans notre communication écrite, nous discutons des forces et des faiblesses de chacune des quatre options de financement que vous nous avez proposées. En ce qui concerne la présentation d'aujourd'hui, j'aimerais vous annoncer que le conseil recommande l'adoption de la première option comme étant la seule option viable: un programme national de soins à domicile géré par le gouvernement fédéral grâce à une augmentation du TCSPS selon des normes nationales établies et une reddition des comptes publics.

Le conseil est très heureux de voir que le comité a identifié la charge qui retombe sur les fournisseurs de soins non professionnels alors qu'ils tentent de satisfaire les besoins de leur famille et amis vieillissants. Un programme national de soins à domicile permettrait de soulager la tension et de réduire les frais des fournisseurs de soins non professionnels. Tel qu'indiqué dans

the CPP and employment insurance to accommodate individuals who leave the workforce temporarily to provide informal care.

In the area of prescription drugs, the reality is that prescription drugs have become an essential element in health care, often replacing or delaying hospitalization or surgical intervention. Seniors, of course, are among those who make the most use of prescription medication.

The committee outlines four possible options for a national pharmacare initiative. NACA could accept either of the first two initiatives, but neither of the other two initiatives. If you want to ask questions about that, I will expand. We feel that a comprehensive public program or a comprehensive public-private plan would meet the dual NACA objectives of having universal, comprehensive prescription drug coverage for all Canadians, with medical necessity being the criterion for access to prescription drugs rather than one's ability to pay.

NACA recommends adopting the third option, and that is the public-private initiative to protect against high drug costs. There is a potential that drug costs could consistently fall just under the catastrophic threshold and therefore present a cost burden. We must recognize that seniors take a large proportion of prescription drugs and as such have high prescription drug costs. They could fall just below that threshold and it would still be causing a fair amount of hardship. The burden would be in the choices they would have to make, prescription or food.

With respect to the Canada Health Act, NACA is pleased to note that the committee is strongly supportive of the four patient-oriented conditions or principles of the Canada Health Act. While acknowledging the committee's observation that the fifth principle, public administration, has been rather narrowly interpreted in practice, NACA recommends against any interpretation of this principle that would lead to a two-tier health system.

In our brief, we have talked about deviations. However, because there are deviations does not mean that it detracts from the principle of public administration being a good principle to strive for.

With respect to issues and options for the financing role, the committee analyzes various financing options for the health care system. Whether it be efficiency gains to the current system or developing new sources of financing, I think we will say that NACA supports fully the goal of improving efficiencies. Concerning new sources of financing, the council recommends that this funding, if it is deemed necessary, should come from a general tax revenue.

In the view of NACA, relying on individual Canadians to improve financing of the current system through user charges and alike will lead to a two-tiered system. We do not feel that there is

your report, it would be recommended to grant an assistance complementary, thanks to adjustments of the RPC and of the insurance-employment, in order to access to the demands of individuals leaving temporarily the market of work to assume the responsibility of non professional care.

In the area of prescription drugs, the reality is that prescription drugs have become an essential element in health care, often replacing or delaying hospitalization or surgical intervention. Seniors, of course, are among those who make the most use of prescription medication.

The committee presents four possible options for a national initiative of drug insurance. The CNTA could accept either of the first two initiatives, but neither of the other two initiatives. If you want to ask questions about that, I will expand. We feel that a comprehensive public program or a comprehensive public-private plan would meet the dual NACA objectives of having universal, comprehensive prescription drug coverage for all Canadians, with medical necessity being the criterion for access to prescription drugs rather than one's ability to pay.

NACA recommends adopting the third option, and that is the public-private initiative to protect against high drug costs. There is a potential that drug costs could consistently fall just under the catastrophic threshold and therefore present a cost burden. We must recognize that seniors take a large proportion of prescription drugs and as such have high prescription drug costs. They could fall just below that threshold and it would still be causing a fair amount of hardship. The burden would be in the choices they would have to make, prescription or food.

With respect to the Canada Health Act, NACA is pleased to note that the committee is strongly supportive of the four patient-oriented conditions or principles of the Canada Health Act. While acknowledging the committee's observation that the fifth principle, public administration, has been rather narrowly interpreted in practice, NACA recommends against any interpretation of this principle that would lead to a two-tier health system.

In our brief, we have talked about deviations. However, because there are deviations does not mean that it detracts from the principle of public administration being a good principle to strive for.

With respect to issues and options for the financing role, the committee analyzes various financing options for the health care system. Whether it be efficiency gains to the current system or developing new sources of financing, I think we will say that NACA supports fully the goal of improving efficiencies. Concerning new sources of financing, the council recommends that this funding, if it is deemed necessary, should come from a general tax revenue.

In the view of NACA, relying on individual Canadians to improve financing of the current system through user charges and alike will lead to a two-tiered system. We do not feel that there is

compelling evidence in the literature that a private tier accomplishes anything more than providing those with means preference to those without means. Private financing options suggested by the committee do not increase significantly funds for health care, yet they could create barriers to access. The committee has put forth three suggestions on page 68 of ways to avoid the negative aspects of a two-tier health care system while maintaining the quality of a publicly funded one. However, while in theory these suggestions may appear to be sound, experience from the United Kingdom and elsewhere strongly suggests that this is not the case. Evidence indicates that a parallel private system diminishes the quality of the public system. It is NACA's view that a private tier benefit some physicians and some patients at the expense of the rest, and it is the least ethical of health care system arrangements.

It is interesting that the Kirby committee was mentioned at the Canadian Bioethics Association in one of the keynote speaker's talks on exactly that. They had stated that some of the options were unethical, so just as you are also making the Canadian Bioethics seem —

Senator LeBreton: I do not know whether least ethical or unethical is a better term.

Ms Raymaker: Least ethical.

There are some concerns that NACA feels have not been addressed in the report, and I would like to just mention them very quickly.

The province has been limiting the growth of long-term facilities and NACA worries that this trend may result in an insufficient number of institutional beds. The council recognizes that this is a provincial jurisdiction, but we urge all levels of government to develop plans. We urge the federal government to take a leadership role in this, to ensure that there will be adequate numbers of long-term care beds to serve the needs of that population that will require this level of care, because they will be older, they will be frailer, and there will be more of us.

The other comment I would make is that the committee considers that institutional long-term care be financed by individuals first, using public funding only after an individual's resources are depleted. NACA sees several problems with this financing option. First, if seniors are required to spend their savings on long-term institutional care while being eligible to receive public money only after their savings are depleted, there will be no incentive for seniors to save for retirement. If they have private savings, they may have to spend it on long-term care; if they do not have private savings, public financing will fund their long-term care regardless. It is a fairness factor.

système à deux niveaux. Nous sommes d'avis que la documentation actuelle prouve essentiellement qu'un système privé favorise uniquement les personnes qui ont les moyens. Les options de financement privé, suggérées par le comité, ne semblent pas augmenter d'une façon significative les fonds pour les soins de santé; or elles pourraient dresser des barrières empêchant l'accès au système. Le comité a mis de l'avant trois suggestions à la page 68 concernant les façons d'éviter les aspects négatifs d'un système de soins de santé à deux niveaux, tout en maintenant la qualité d'un système subventionné par l'État. Toutefois, si, en principe, ces suggestions semblent valables, l'expérience du Royaume-Uni et de d'autres pays montre que la réalité est tout autre. Ainsi, nous avons les preuves qu'un système parallèle privé amoindrit la qualité du système public. Le CNTA épouse la conviction qu'un système de soins de santé privé est la solution la moins éthique, n'avantageant que certains médecins et patients au détriment du reste.

Il est intéressant de noter que le comité Kirby fut mentionné par la Société canadienne de bioéthique au cours d'une des présentations par le conférencier principal concernant précisément ce sujet. Ce comité avait mentionné que certaines options étaient immorales, ainsi comme vous semblez également croire que la société...

Le sénateur LeBreton: Je ne sais pas lequel des deux termes est le plus approprié: le moins éthique ou contraire à l'éthique.

Mme Raymaker: Le moins éthique.

Le CNTA estime que certains points plus délicats n'ont pas été touchés dans le rapport et j'aimerais les mentionner rapidement.

La province a réduit la création d'établissements de soins de longue durée et le CNTA se demande avec inquiétude si cette tendance peut provoquer un nombre insuffisant de lits d'hôpital. Le conseil reconnaît que ce problème relève de la compétence de la province, mais nous conseillons vivement tous les échelons du gouvernement de prendre des mesures pour remédier à ce problème. Nous exhortons le gouvernement fédéral de jouer son rôle de chef de file dans cette affaire, pour garantir un nombre adéquat de lits de soins de longue durée afin de satisfaire les besoins de la population qui aura besoin d'un tel niveau de soins parce qu'elle sera plus vieille, plus fragile et plus nombreuse.

L'autre commentaire que je voudrais faire concerne l'option envisagée par le comité, de faire d'abord contribuer les individus au financement des soins en établissement de longue durée et d'utiliser les fonds publics seulement après que les ressources financières d'un individu sont épuisées. Le CNTA note plusieurs problèmes à cette option de financement. Premièrement, si les personnes âgées sont obligées de dépenser leurs économies sur des soins en établissement de longue durée tout en ayant droit de recevoir des fonds publics uniquement après que leurs économies sont épuisées, elles ne seront pas motivées à économiser pour leur retraite. Si elles ont des économies, elles devront peut-être le dépenser en soins de longue durée, si elles n'en ont pas, les fonds publics viendront de toute façon subventionner leurs soins de longue durée. C'est un facteur d'équité.

Second, the council believes that a person in a long-term care facility should be publicly covered for all their medical care, including palliative care, just as they would be if they were in a hospital or in home care. However, the individual's private cost for lodging and meals should be commiserate with local market value. Hence, we are not saying you pay the lodging and meals; we are saying you pay the health care. This is consistent with the national forum on health care.

So, in conclusion, I would like to say that all Canadians should have better and more equitable access to the growing range of health care services and sites. This is especially important for older Canadians, who are more likely to have both acute and chronic health care needs. However, improving access does not have to be accompanied by increasing the privatization of financing across the system.

NACA is not convinced that increasing upfront private costs would lead to more cost-effective use by users or improve efficiencies in the system or substantially increase total revenues available in health. I am talking about total revenues. The more promising solutions are to invest more in evidence-based upstream interventions and in system reforms.

Instead of considering more private sources of funding to address potentially rising costs, perhaps we should consider whether Canadians would be willing to pay more taxes for a stronger and more accessible health care system that truly does deliver what health care they need and when they need it.

Senator Marjory LeBreton (*Deputy Chairman*) in the Chair.

The Deputy Chairman: Thank you very much Ms Raymaker.

Mr. Neil Reimer, Secretary/Treasurer, Alberta Council on Aging: Senators, the Alberta Council on Aging comprises all the seniors' organizations in the province. Approximately 400 seniors organizations are members with maybe 5,000 individual members. We are represented in all the constituencies, so that I think we have a good feel as to the positions of these seniors.

Why am I here? I do not profess to be a doctor or anything like that; however, I have been involved in this arena for some time. As a high school student, I travelled with my father to establish one of the first municipal health schemes in Canada. At that time, the doctors were very happy to work for wages. The client relationship just did not work. There was not any money during the depression. We have followed this through all the way.

My job is in many respects international, and I have some feel as to what goes on in other countries.

Deuxièmement, le conseil estime qu'une personne se trouvant dans un établissement de longue durée devrait être couverte par l'État pour tous leurs soins médicaux, y compris les soins palliatifs, comme elle le serait dans un hôpital ou si elle recevait des soins à domicile. Cependant, les frais de logement et de repas d'un individu devraient être en rapport avec le prix du marché local. C'est pourquoi, nous ne suggérons pas que vous payiez le logement et les repas, mais les soins de santé, ce qui est en accord avec le forum national sur les soins de santé.

Ainsi, en conclusion, j'aimerais dire que tous les Canadiens devraient avoir un accès meilleur et plus équitable au nombre toujours croissant des services et des établissements de soins de santé. Ceci concerne tout particulièrement les Canadiens plus âgés qui ont un plus grand besoin de soins de santé pour les maladies aiguës et chroniques. Néanmoins, l'amélioration de l'accès ne doit pas nécessairement être accompagnée d'une augmentation de la privatisation du financement à tous les niveaux du système.

Le CNTA n'est pas convaincu qu'une augmentation des coûts privés initiaux entraînera une utilisation plus rentable du système par les usagers ou une amélioration des économies au sein du système, ou une augmentation considérable des recettes globales disponibles pour la santé. J'ai bien dit les recettes globales. Les solutions les plus prometteuses consistent à investir plus d'argent dans les interventions en amont fondées sur les résultats et dans la réforme du système.

Plutôt que d'envisager un plus grand nombre de sources privées de financement pour contrer l'augmentation potentielle des coûts, peut-être devrions-nous nous demander si les Canadiens seraient d'accord de payer plus d'impôts pour un système de soins de santé plus fort et plus accessible qui leur offrira réellement les soins de santé qu'ils ont besoin et au moment où ils en ont besoin.

Le sénateur Marjory LeBreton (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

La vice-présidente: Je vous remercie beaucoup madame Raymaker.

M. Neil Reimer, secrétaire-trésorier, Alberta Council on Aging: Messieurs et mesdames les sénateurs, l'Alberta Council on Aging est composé d'environ 400 organisations de personnes âgées de la province comprenant 5 000 membres en tout. Nous avons des représentants dans toutes les circonscriptions électorales, alors je crois que nous sommes au courant des positions de ces personnes.

Pourquoi suis-je ici? Je ne prétends pas être un médecin ou un expert quelconque; cependant je me suis engagé dans cette arène il y a de cela bien des années. Quand j'étais un élève du secondaire, j'ai voyagé avec mon père pour créer un des premiers régimes de santé municipaux au Canada. À cette époque, les médecins étaient très heureux de recevoir un salaire. Les rapports entre médecins et «clients» n'existaient tout simplement pas. Il n'y avait pas d'argent durant la Dépression. À partir de ces données, nous avons poursuivi jusqu'au bout.

Mon travail touche, à bien des égards, la scène internationale et j'ai une bonne connaissance générale de ce qui se passe dans les autres pays.

I should say to you that I am also a patient. I have had my cataracts removed. I have had both knees and both hips replaced. I was very encouraged the other day; they said it is not impossible now to replace the head. I did not pay health care premiums during that period of time just to demonstrate that they were not premiums; they were taxes.

There number of seniors in Alberta has jumped from 200,000 to 300,000 over the last decade, but the percentage has only increased 1 per cent. Alberta seniors comprise about 10 per cent of our population, which perhaps other than the Northwest Territories is the lowest percentage in Canada. By 2016, it is estimated that 16.4 per cent of the population will be 65 years of age or older.

As seniors in Alberta, we have a sense of celebration. Not everything is wrong, you know. We are living longer; we are healthier. We are doing something right. When I was a kid, life expectancy was such that I should have been dead 10 years ago, but here I am, and the largest sector of our population grows faster than those 80 and over.

I want to say that many things have to be changed. Seniors generally feel good about what is happening, except they are very concerned about the future and where we are going. The profile of seniors that I am talking about, really, is contained in a report developed in Alberta that I have left with you. It is significant in the sense that the Alberta government has adopted it and so have the seniors. The situation must be monitored so that the report does not gather dust on the shelf, and that is what we are doing.

Health is clearly a priority of seniors, but we found that health cannot be dealt in isolation. There are so many other factors. For example, let's take the city of Edmonton at the present time, where we have a waiting list of 600 people who need long-term care. They have not got a place to go, so where do they stay? Many of them are in the hospitals, and that really increases the cost artificially. The other systems should be made to work, such as home care. Factors such as cost, income, affordable housing, home care, education, transportation and volunteers all have a direct impact.

We have always felt that health care in itself cannot be assessed in isolation. We must have a global view in order to make the system really work and have a municipal and local support system in place.

Education is a real factor. There are not enough health professionals trained in geriatrics. Many specialists departed for the U.S.A. at a time of severe budget cuts. A member of my family is a doctor and practices geriatrics, and it has become clear that many doctors do not have enough training in geriatrics. I will give you an illustration.

Je devrais aussi préciser que je suis également un patient. On m'a extrait les cataractes et remplacé les deux genoux et les deux hanches. Récemment, j'ai appris une nouvelle qui m'a beaucoup encouragé: apparemment, il ne serait pas impossible de nos jours de se faire remplacer la tête. Au moment où j'ai subi ces opérations, je n'ai pas payé d'indemnités de soins de santé. En effet, ce ne sont pas des indemnités, mais des impôts.

Le nombre de personnes âgées en Alberta a fait un bond, passant de 200 000 à 300 000 au cours des 10 dernières années, mais le pourcentage n'a monté que d'un pour cent. Les personnes âgées de l'Alberta comprennent environ 10 p. 100 de notre population, ce qui est peut-être, à l'exception des Territoires du Nord-Ouest, le pourcentage le plus bas au Canada. On estime que d'ici à 2016, 16,4 p. 100 de la population aura 65 ans et plus.

En tant que personnes âgées de l'Alberta, nous avons le sens de la fête. En effet, il reste des bons côtés à la vie. Nous vivons plus longtemps et nous sommes en meilleure santé. Nous accomplissons des choses positives. Lorsque j'étais enfant, l'espérance de vie était telle que j'aurais dû mourir il y a 10 ans, mais je suis bien vivant et notre tranche d'âge est le secteur de la population qui augmente plus rapidement que les 80 ans et plus.

Je voudrais vous dire qu'il y a un grand nombre d'aspects du système qui doivent changer. Les personnes âgées ont généralement une bonne opinion du présent, mais ils sont très préoccupés par l'avenir. Vous en saurez plus sur le profil des personnes âgées que je vous décris, dans un rapport élaboré en Alberta dont vous pouvez prendre connaissance à l'instant. Ce rapport est significatif, puisque le gouvernement de l'Alberta et les personnes âgées l'ont adopté. La situation doit être suivie de près afin que le rapport ne se retrouve pas sur une étagère à ramasser la poussière et c'est précisément ce à quoi nous nous occupons.

La santé est clairement une priorité chez les personnes âgées, mais nous trouvons qu'on ne peut pas traiter de la santé à part. Il y a beaucoup d'autres facteurs dont il faut s'occuper. Prenons par exemple la ville d'Edmonton: il y a actuellement une liste d'attente de 600 personnes qui ont besoin de soins de longue durée. Ces personnes n'ont nulle part où aller, alors où peuvent-elles habiter? La plupart d'entre elles sont dans des hôpitaux et cette situation augmente les coûts de façon artificielle. Les autres systèmes, tels le service des soins à domicile, devraient pouvoir fonctionner. Les facteurs comme le coût, le revenu, l'abordabilité du logement, les soins à domicile, l'éducation, le transport et les bénévoles ont tous un impact direct sur les personnes âgées.

Nous avons toujours estimé que les soins de santé en eux-mêmes ne peuvent être évalués isolément. Il nous faut une vision globale afin que le système puisse vraiment fonctionner et afin de mettre en place des réseaux de soutien municipal et local.

L'éducation est un facteur important. Il n'y a pas assez de professionnels de la santé formés en gériatrie. Plusieurs spécialistes sont partis aux États-Unis au moment où il y avait des compressions budgétaires draconiennes. Un des membres de ma famille pratique la médecine gériatrique et il est devenu évident que plusieurs médecins ne possèdent pas de formation suffisante en gériatrie. Je vous donne un exemple.

A fellow is walking in the streets in Edmonton today. He was in palliative care for two years and was misdiagnosed. He was sent to the Glenrose, where they found he was misdiagnosed. Again, he is now walking in the streets, but he was in palliative care for two years.

As we speak, my younger sister is in intensive care. She is only 77. Congestive heart disease was not diagnosed, and the doctor took her pills away. She was on a trip, got as far as B.C., and is in intensive care now. I can go on and on with these kinds of illustrations. It is not that we have not got good doctors, but I think there is a responsibility in the heart of the educational system to make certain that there are an adequate number of geriatrics specialists. I know that we cannot blame everything on the education system because the United States has come in and paid huge bucks to get the people who specialize in this discipline to move down there.

Privatization introduces a dimension into the Canada Health Act that we believe was not intended and is not in the best interests of Canadians; but the question of the shareholders in a corporation adds a new dimension. In other words, in the corporation, the responsibility of the CEO is to shareholders. I think that is foreign in spirit to the kind of operation that we are used to in Canada.

Seniors experience the high costs of cataract operations. Over and over again, I have had calls from all over the province saying, "Why do I have to spend \$4,000 and get the cataract operation next month, whereas if I go with the public system, I have to wait 10 months? These kinds of things remind us of the olden days. Moving to private health care is turning back the clock, really, in many instances.

We think the federal government made a serious error in agreeing with the Alberta government in the manner they did. Bill 11 allowed private enterprise to come to the public. It opened up private hospitalization within the medicare system. I think the Alberta government should just admit that it made a mistake and that it should go back and pass legislation if it is necessary. I am certain that this Senate committee is aware of overwhelming evidence in support of the public system.

With respect to finances, we favour a progressive tax system to pay for medicare. If that system is not in place and Canada resorts to user fees, co-insurance, premiums, et cetera, doing so invites huge administrative costs.

Let's take a look at our health care premium. First, it is not a premium but a flat tax. A person who gets a million dollars a year pays the same rate as someone who gets maybe \$30,000 a year.

Un homme se promène aujourd'hui dans les rues d'Edmonton. Il est resté dans un service de soins palliatifs pendant deux ans à cause d'un mauvais diagnostic. C'est en l'envoyant au Glenrose que les médecins se sont rendu compte qu'on l'avait mal diagnostiqué. Maintenant, il se promène à nouveau dans les rues de la ville, mais il a passé deux ans de sa vie au service des soins palliatifs.

Au moment où nous nous parlons, ma plus jeune sœur est aux soins intensifs. Elle n'a que 77 ans. Comme les médecins n'ont pas trouvé d'insuffisance cardiaque congestive, ils lui ont supprimé ses médicaments. Elle a décidé de faire un voyage, mais une fois rendue en Colombie-Britannique, elle s'est retrouvée au service des soins intensifs. Je pourrais vous conter bien d'autres histoires comme celles-ci. Ce n'est pas que nous avons de mauvais médecins, mais je pense qu'il incombe au système éducatif de garantir un certain nombre de spécialistes en gériatrie. Je sais qu'on ne peut pas mettre tous les problèmes sur le dos du système éducatif, puisque les États-Unis sont venus avec d'énormes incitatifs financiers pour que les spécialistes en gériatrie viennent exercer leur profession chez eux.

La privatisation introduit une dimension dans la Loi canadienne sur la santé, que nous croyons n'était pas prévue et qui n'est pas dans les intérêts des Canadiens. De plus, la question des actionnaires d'une société ajoute une nouvelle dimension au problème. En d'autres termes, le président-directeur général d'une société est responsable de ses actes devant ses actionnaires. J'estime que cette façon de penser est étrangère, en esprit, à la façon dont nous sommes habitués à procéder au Canada.

Les personnes âgées connaissent les coûts élevés des opérations de la cataracte. Je reçois continuellement des appels de partout en Alberta de personnes qui se demandent pourquoi elles doivent déboursier 4 000 \$ pour subir une chirurgie de la cataracte le mois prochain, alors que si elles choisissent le système public, elles devront attendre 10 mois. Ces questions nous ramènent au temps jadis. En revenant au système de soins de santé privés, on retourne en arrière.

Nous sommes persuadés que le gouvernement fédéral a commis une erreur sérieuse en se mettant d'accord avec le gouvernement de l'Alberta comme ils l'ont fait. La loi 11 a permis aux entreprises privées de s'ingérer dans le système public. Cette loi a ouvert les portes à l'hospitalisation en milieu privé à l'intérieur même du système du régime de l'assurance-maladie. J'estime que le gouvernement de l'Alberta devrait tout simplement admettre qu'il a fait une erreur, revenir sur ses pas et adopter une loi si nécessaire. Je suis certain que ce comité du Sénat est au courant des preuves écrasantes en faveur du système public.

En ce qui a trait aux finances, nous favorisons un système d'impôt progressif pour payer le régime d'assurance-maladie. Si ce système n'est pas mis en place et que le Canada a recours aux frais dissuasifs, à la coassurance, aux indemnités, et cetera, il se retrouvera avec des frais d'administration énormes.

Jetons un coup d'œil à notre indemnité de soins de santé. Tout d'abord il faut bien le dire: ce n'est pas une indemnité, mais un impôt uniforme. Une personne qui reçoit un million de dollars par

Again, it is not a premium but flat tax. It is income tested. According to reports, \$50 million was written off last year as uncollectible, and \$10 million was spent on collection agencies. Now, you can access medicare without paying them, but one way or another, they will get the money because if you die, they will take it out of your estate.

Who will pay or not pay insurance, user fees and premiums with our medium income of a little more than \$16,000 a year? The medium income for seniors in this province is \$16,500. That means that 350,000 people get more than that and 150,000 get less.

Now this issue goes back a long way. The province is out of the "bricks and mortar" business. It will not build long-term care facilities, and private enterprise does not have an incentive to serve lower income people at all.

There is a big hole in the cost of medicare and a huge amount of money because people are not placed in the proper setting. Some say that to have a bed in a hospital — and I guess you know better than I do what the costs are — costs \$1,000 a day. I think that should be corrected before we talk about charging people money.

A study on pension arrangements or other income sources is required. In Ontario, for example, steel workers, auto workers, petrochemical workers, public servants have good pension plans, and they are unionized. Newfoundland, at 50 per cent, has the highest percentage of unionized workers, but in Alberta the figure is reported to be 21 per cent. Part of that is because in a province like this, 70 per cent of our work force is employed with small employers of 25 employees or less.

We also have to look at trends. When it comes to patients in the next ten years, you will see people retiring with larger and larger incomes. After that, retirement incomes will drop because for contract employment there are no pension plans. There will be more income, which is enticing for people who want to have private health care, but later on that large retirement income will disappear.

Only 6 per cent of seniors get \$50,000 dollars or more, so there is a myth that we are all rich. It is simply not true. You cannot take a 50 per cent cut in wages and be rich.

Prescription drugs are a huge concern. There is no question that the cost of prescription drugs is escalating, and seniors get angry when they see the extremely high salaries paid to drug company

année paie la même proportion qu'une personne qui gagne disons 30 000 \$ par année.

Encore une fois, je répète que ce n'est pas une indemnité, mais un impôt uniforme. Ce montant est fixé en fonction du revenu. Selon les rapports, le gouvernement a passé 50 millions de dollars aux profits et pertes l'année dernière en tant que montant irrécouvrable, alors que 10 millions de dollars ont été dépensés pour les organismes de recouvrement. Maintenant, vous pouvez avoir accès au régime d'assurance-maladie sans contribuer, mais d'une façon ou d'une autre, le gouvernement recouvrera son argent puisque, lorsque vous mourez, il le prendra de votre succession.

Qui d'entre nous paiera ou non l'assurance, les tickets modérateurs et les indemnités avec notre revenu moyen d'un peu plus de 16 000 \$ par année? Le revenu moyen des personnes âgées dans cette province est de 16 500 \$ par année. Cela signifie que 350 000 personnes reçoivent plus que ce montant et 150 000 moins.

Ce problème remonte loin en arrière. La province n'a plus d'entreprises traditionnelles. Elle ne construira pas d'établissements de soins de longue durée et les entreprises privées ne sont pas du tout encouragées à servir les personnes à faible revenu.

Il y a un grand trou dans le coût du régime d'assurance-maladie et un très gros montant d'argent parce que les gens sont placés aux mauvais endroits. Certains disent qu'afin d'obtenir un lit à l'hôpital, et je pense que vous savez mieux que moi les coûts encourus, il faut déboursier 1 000 \$ par jour. Je pense que ce problème doit être rectifié avant de commencer à parler de faire payer les gens.

Il est nécessaire de faire une étude sur les mécanismes de pension ou autres sources de revenu. En Ontario, par exemple, les travailleurs des aciéries, les travailleurs des usines d'automobiles et de pétrochimie et les fonctionnaires ont de bons régimes de pension et ils sont syndiqués. Terre-Neuve détient le plus gros pourcentage de travailleurs syndiqués, à 50 p. 100. Par contre, l'Alberta se situe à 21 p. 100. Ce piètre résultat s'explique en partie parce que dans une province comme la nôtre, 70 p. 100 de notre main-d'œuvre est employée par de petites entreprises de 25 employés ou moins.

Nous devons prendre en considération les tendances actuelles. En ce qui concerne les patients, depuis les 10 dernières années, vous verrez que les personnes qui prennent leur retraite ont des revenus de plus en plus importants. Puis, le revenu de retraite tombe parce que les emplois contractuels n'offrent pas de régimes de pension. Il y aura plus de revenus, ce qui est attrayant pour les personnes qui veulent avoir recours aux soins de santé privés, mais après quelques années, ce montant important provenant du revenu de retraite disparaîtra.

Seulement 6 p. 100 des personnes âgées reçoivent 50 000 \$ ou plus par année, alors c'est un mythe de croire que nous sommes tous riches. La réalité est bien différente: vous ne pouvez pas couper votre revenu en deux et être riche.

Les médicaments sur ordonnance sont un élément de préoccupation sérieux pour les personnes âgées. Il n'y a aucun doute que le coût des médicaments sur ordonnance est en train de monter en

executives. In my brief is an example. The CEO of company number 1 has a salary of \$27,847,378 a year plus \$164,775,907 in unexercised stock options. At company number two, the chairman's salary is \$21,604,408 plus \$16,000,987 extra in unexercised stock options.

We would welcome a national drug formula as mentioned in your report and move on from there

In B.C., of course, they do have family care arrangements, and their health care premiums go toward paying that. It is not the same as Alberta.

You talked about incentives. In the report entitled "Alberta for all Ages," it is agreed that all individuals have a major responsibility in having a healthy lifestyle by using the health care system reasonably and judiciously. However, the ACA would argue that this can best be accomplished by providing information on education, ensuring safe, affordable and appropriate housing choices, support of communities, as well as recognizing and supporting informal caregivers and volunteers.

Let me say to you that we have such communities. I would invite you to visit Camrose or Edson where seniors are invited to come to live in those towns. Those towns have been made senior friendly, and seniors have been incorporated into the community. Once that is done, everything else seems to fall in place better. However, if you isolate seniors and make them feel lonely and unneeded, if they are blamed for the problems with health care, then what the heck? It has a tremendous effect on morale.

With respect to new health technology, many things have happened. The health care system is unlike an industry where old practices stay in place until they finally evaporate. I think there ought to be some sabbatical leave or something like that for people to update their skills. If they do not want to update their skills, get out of the business.

In conclusion, we think it is appropriate for the federal government to be involved in setting conditions and standards for provinces to qualify for financial assistance. This would help standardize the health care system in Canada and minimize ideologically based decisions.

[Translation]

Mr. George Arès, President, Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada: Madam Vice-Chair, I would like to thank you, as President of the Fédération des

flèche. Comment les personnes âgées ne peuvent-elles pas se fâcher en sachant les énormes salaires que gagnent les cadres des sociétés pharmaceutiques. J'ai inclus un exemple dans ma présentation. Le président-directeur général de la société numéro 1 reçoit un salaire de 27 847 378 \$ par année plus 164 775 907 \$ en options de souscription à des actions non consolidées. Le président de la société numéro 2 gagne un salaire de 21 604 408 \$ plus 16 000 987 \$ en options de souscription à des actions non consolidées.

Nous accepterions une formule nationale sur les médicaments, comme vous l'avez mentionné dans votre rapport, et à partir de là nous pourrions aller de l'avant...

En Colombie-Britannique, bien entendu, il existe des mécanismes de soins de la famille et les personnes peuvent utiliser leurs indemnités de soins de santé pour payer leurs soins. Ce n'est pas la même histoire en Alberta.

Vous avez parlé d'incitatifs. Dans le rapport intitulé «Alberta for all Ages», il est convenu qu'il incombe à tous les individus d'avoir un style de vie sain en usant du système de soins de santé de façon raisonnable et judicieuse. Toutefois, l'ACA affirme que pour pouvoir mettre ce principe en pratique, il faut offrir de l'information sur l'éducation, garantir des choix de logement sécuritaires, abordables et convenables, assurer le soutien des communautés, ainsi que reconnaître et venir en aide aux fournisseurs de soins non professionnels et aux bénévoles.

Permettez-moi de vous dire que nous disposons de telles communautés. Je vous prierais de venir visiter Camrose ou Edson, où les personnes âgées sont invitées à vivre. Ces villes sont particulièrement respectueuses des personnes âgées, les invitant à s'incorporer dans la communauté. Une fois que ce processus est accompli, tout semble se mettre en place plus facilement. Toutefois, si vous isolez les personnes âgées, si elles se sentent seules et inutiles, si on les blâme pour les problèmes des soins de santé, quoi faire? Cela ne peut qu'affecter leur moral de façon désastreuse.

En matière des nouvelles technologies de la santé, il y a beaucoup de choses que sont en mouvement. Le système de soins de santé n'est pas comme une industrie qui respecte les pratiques désuètes jusqu'à ce que celles-ci finissent par disparaître. Je pense que les gens pourraient prendre un congé sans solde ou quelque chose du genre pour pouvoir actualiser leurs connaissances. S'ils ne sont pas intéressés à le faire, alors qu'ils quittent le milieu du travail.

En conclusion, nous estimons qu'il est approprié pour le gouvernement fédéral de s'engager à fixer les conditions et les normes permettant aux provinces d'être qualifiées à recevoir de l'aide financière. Ceci permettrait de normaliser le système de soins de canadien et de minimiser les décisions fondées sur l'idéologie.

[Français]

Monsieur George Arès, président, Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada: Madame la vice-présidente, je vous remercie, à titre de président de la

communautés francophones et acadienne du Canada, for allowing us to make this presentation before you today.

The Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada was founded in 1975 and has been working since then to represent the one million francophones and Acadians in Canada.

We have been working since that time to strengthen and develop our communities. The struggle is long, perhaps even endless. There are many challenges, but also many successes. In the areas of education and justice, to name just those two, the FCFA, working in co-operation with its member associations, has overcome challenges, resistance and many obstacles to ensure fairness and respect for francophones in Canada. We are now faced with another obstacle, another major challenge that we intend to overcome: the health issue, or more specifically, access to health care in French for francophones in Canada. We are not asking for the moon, as you can see, but as incredible and unfair as it may seem, we still have to convince our governments, in the year 2001, that it is vitally important for all francophones across the country to have access to health care services in French.

The Constitution and the Canadian Charter of Rights and Freedoms guarantee us the right to be educated in French. The Supreme Court guarantees us the right to legal proceedings in French. Is it not high time that we should also have the right to be born, to receive care and to die in French? Is it not a question of basic dignity? Moreover section 7 of the Canadian Charter of Rights and Freedoms defines this as a fundamental right in Canadian society. Everyone has the right to life, liberty and security of the person. This right cannot be violated except in keeping with the principles of fundamental justice.

The right to life necessarily implies the right to health and, consequently, the right to health care. I would add, in line with the Charter of Rights and Freedoms: "the right to health care [...] in one of the two official languages of our country."

We are fighting today, as we have unfortunately had to do so often, to regain rights that we once had. The first hospitals in Alberta were founded by French-speaking religious communities. Two of the biggest hospitals in Edmonton, the General Hospital and the Misericordia Hospital, were managed by French-speaking religious communities until quite recently. The Sacré-Coeur Health Centre in the Peace River region, a concrete example of how dynamic francophone culture is in Alberta, has its origins in the Sisters of Providence Hospital. That hospital was created in 1929 to provide services to the many francophone settlers who came to Alberta after the First World War. Franco-Albertans had health services in their own language for many decades.

Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada, de nous avoir permis de venir faire notre présentation aujourd'hui.

La Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada a été fondée en 1975 et travaille depuis ce temps pour représenter le million de francophones et d'Acadiens du Canada.

On travaille depuis ce temps pour l'épanouissement et le développement de nos communautés. Notre lutte est longue, peut-être même perpétuelle. Les défis sont nombreux, mais nos succès le sont tout autant. Que ce soit en matière d'éducation ou de justice, pour ne mentionner que ces deux domaines, la FCFA de concert avec ses associations membres a su relever les défis, culbuter les résistances et franchir les nombreux obstacles afin que les francophones du Canada obtiennent équité et respect. Un autre obstacle se dresse aujourd'hui devant nous, un autre défi de taille que nous comptons relever soit celui de la santé ou plus précisément l'accès pour les francophones du Canada à des soins de santé dans leur langue. On ne demande pas la lune, vous en conviendrez, mais aussi incroyable pour ne pas dire injuste que cela puisse paraître, nous avons encore à persuader nos gouvernements, en l'an 2001, de l'importance vitale d'assurer l'accès des services de santé en français à tous les francophones de ce pays.

La Constitution et la Charte canadienne des droits et libertés nous garantissent le droit d'être éduqué en français. La Cour suprême nous garantit le droit d'obtenir justice en français. Ne serait-il pas temps que nous ayons également le droit de naître, d'être soignés et de mourir en français? N'est-ce pas là une question de dignité des plus fondamentales? D'ailleurs, l'article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés définit ce droit jugé fondamental dans la société canadienne. Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne. Il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale.

Or, le droit à la vie sous-entend nécessairement le droit à la santé et, conséquemment, le droit aux soins de santé. Permettez-moi d'ajouter, étant conséquent avec la Charte des droits et libertés: «le droit aux soins de santé [...] dans l'une des deux langues officielles de notre pays».

Nous luttons, aujourd'hui, comme nous le faisons malheureusement si souvent, pour un acquis. Les premiers hôpitaux de la province de l'Alberta ont été fondés par des communautés religieuses de langue française. C'est ainsi que deux des plus importants hôpitaux d'Edmonton, l'Hôpital Général et l'Hôpital Miséricorde, furent jusqu'à tout récemment gérés par des communautés religieuses francophones. Le Centre de santé Sacré-Cœur dans la région de Rivière-la-Paix, un exemple concret du dynamisme franco-albertain, doit ses racines à l'Hôpital des Sœurs de la Providence. Cet hôpital fut fondé en 1929 pour subvenir aux besoins des nombreux colons francophones venus s'établir en Alberta après la Première Guerre mondiale. Les Francos-Albertains ont pu compter, pendant de nombreuses décennies, sur des services de santé dans leur langue.

However, as the years went by, these services disappeared. We all know what happened. It would be useless to point the finger at anyone or anything for the sad pass we have come to. But it is not too late to change the situation. Over 60,000 Franco-Albertans will tell you that. Nearly one million French Canadians will tell you.

We have gained the right to education in French and legal proceedings in French; we will also gain the right to health services in French. Your support, honourable senators, is vital in helping us successfully reach that goal.

As I mentioned already, access to health care in our own language is a question of dignity. It is also a question of basic fairness. As you know, the quality of health care depends necessarily on good communication between the patient and the doctor or other health professional. When our governments put their heads in the sand regarding the two official languages, the francophones across the country inevitably receive lower-quality health care.

Many studies have shown that language barriers reduce the probability that treatment will be followed properly, increase consultation time and raise the chance of extra diagnostic tests, diagnostic and treatment errors, influences the quality of service, particularly where good communication is essential — for example, in mental health services — and reduces the probability that health care services will be used preventively.

Simply put, a patient must understand clearly the doctor's instructions and advice. The patient's health and even his or her life is at stake. So there is no room for compromise.

I will give you an example from my personal experience. My father was hospitalized in Stony Plain, near Edmonton, in January; he was quite elderly, 88 years of age. He understands English, because he has been living in Edmonton for a long time, but when he was ill, he spoke in French. Often the nurses did not understand him. He needed someone with him to interpret nearly all the time.

Do you not agree that it is totally unacceptable to require francophones in Canada, when they are at their most vulnerable, to receive health care in another language?

The bilingual institutions that we have at present have shown that they are unable to guarantee services in French at all levels and at all times. Services in French are generally the poor cousin, and francophones often find themselves in unacceptable and difficult situations. Too often, francophones find that they cannot make themselves understood as soon as they come in off the street, despite the nice bilingual signs. Too often, young parents who have received prenatal training in French find themselves surrounded by a medical team that does not speak their language when it comes time for the baby to be born.

Toutefois, au fil des ans, ces acquis ont disparus. Nous connaissons tous l'histoire. Il serait inutile de pointer du doigt qui ou quoi que ce soit pour expliquer ce triste phénomène qui perdure toujours. Il n'est pas trop tard pour contrer cette situation. Plus de 60 000 Francos-Albertains vous le diront. Près d'un million de canadiens français vous le diront.

Nous avons obtenu le droit à notre éducation, nous avons obtenu le droit d'obtenir justice dans notre langue; nous obtiendrons le droit à des services de santé dans notre langue. Votre appui, honorables sénateurs, est indispensable pour nous aider à relever ce défi avec succès.

Comme je le mentionnais tantôt, l'accès à des soins de santé dans notre langue est une question de dignité. C'est aussi une question de simple équité. Comme vous le savez, la qualité des soins de santé implique sans contredit une bonne communication entre le patient et le médecin ou le professionnel. Or, lorsque nos gouvernements jouent l'autruche lorsqu'il est question des deux langues officielles, ils offrent inévitablement des soins de qualité inférieure à la population francophone du pays.

D'innombrables études le démontrent, la barrière linguistique diminue la probabilité de fidélité aux traitements, augmente la durée du temps de consultation, la probabilité de recours à de multiples tests diagnostiques, la probabilité d'erreur dans les diagnostics et les traitements, influence la qualité du service, particulièrement lorsqu'une bonne communication est essentielle — par exemple, pour les services de santé mentale — et diminue la probabilité de recourir à des services de santé pour des motifs d'ordre préventif.

Simplement dit, un patient doit comprendre en toute clarté les conseils et les directives de son médecin. Sa santé et peut-être même sa vie en dépendent. Il n'y a donc pas de place pour le compromis.

Je dois ajouter une expérience personnelle. Mon père a été hospitalisé à Stony Plain, près d'Edmonton, en janvier, il était assez âgé, il avait 88 ans. Il comprend l'anglais, il habitait à Edmonton depuis longtemps, mais lorsqu'il a été malade, il parlait le français. Souvent les infirmières ne le comprenaient pas. Il fallait, presque en tout temps, une personne avec lui pour lui faire la traduction.

N'êtes-vous pas d'accord qu'il est totalement inacceptable que l'on oblige les canadiens francophones, dans leurs plus grands moments de vulnérabilité, à obtenir des services de santé dans une langue qui n'est pas la leur?

L'expérience des établissements bilingues actuels démontre leur incapacité à garantir des services en français à tous les niveaux et en tout temps. Les services en français y sont généralement le parent pauvre et donnent lieu à des situations aberrantes et difficiles pour les usagers francophones. Trop souvent, l'usager francophone se bute à un mur d'incompréhension dès qu'il franchit la porte où figure pourtant un bel affichage bilingue. Trop souvent, les jeunes parents à qui on a offert un cours prénatal en français, se retrouvent au moment de la naissance de leur enfant devant une équipe médicale qui ne peut communiquer dans leur langue.

Francophone institutions would guarantee service in French at all times. Experience shows that the institutions, whether we are talking about the Montfort Hospital in Ottawa, the Centre de santé Évangile in Prince Edward Island or Dr. Denis Vincent's clinic in Edmonton, are also capable of providing services to the anglophone community. Bilingual hospitals promote assimilation. That idea comes not from me, but from your colleague and my good friend, Senator Jean-Robert Gauthier. He was hospitalized for a long time, a few years ago, at the General Hospital in Ottawa, which is officially bilingual. But when the Montfort Hospital crisis erupted in February 1997, Senator Gauthier did not hesitate to publicly criticize the lack of French services at the Ottawa General Hospital which, because of its location, can potentially serve up to 300,000 Franco-Ontarians, out of a total of 500,000 in that province.

If health services in French are inadequate in a hospital that is officially bilingual, in a province that had a French Services Act, Bill 8, imagine the situation here for the 60,000 Franco-Albertans or for our neighbours, the 21,000 Fransaskois, or for the 51,000 Franco-Manitobans, for example.

Just a few weeks ago, this situation was hard to imagine. Hard to imagine, because there were no statistics on French-language health services in minority francophone communities. When the quality of health care was analyzed, the needs of francophones were simply not on the radar screen.

Thanks to a study that was submitted last June and co-ordinated by the FCFA for the Advisory Committee created by the federal Minister of Health, the Honourable Allan Rock, to advise him on the situation in minority francophone communities, we know that over half of francophones outside Quebec have little or no access to services in their language in hospitals, medical clinics, community health centres and for home care.

There is a table in the brief that I have given you that shows the extent to which francophones have access to health services in French, according to where these services are offered. I will summarize the information presented there. Only 25.9 per cent of medical clinics provide services in French, 37.1 per cent of community health centres, 30.5 per cent of home care services and 28.5 per cent of hospitals.

So over half of francophones outside Quebec are forced to receive care in English. Today, in regions where they are in a minority situation, French-speaking Canadians are between three and seven times less likely than anglophones to be able to receive health services in their own language. That is unjust, unfair and unacceptable, and as you can understand, it is even dangerous. This situation is serious, but certainly not hopeless. The federal government, however, must lend its support to this cause quickly.

Des institutions francophones nous donneraient l'assurance d'un service français en tout temps. L'expérience montre que ces institutions francophones, que ce soit l'Hôpital Montfort à Ottawa, le Centre de santé Évangile à l'Île-du-Prince-Édouard, la clinique du docteur Denis Vincent à Edmonton, sont aussi en mesure d'offrir des services à la communauté anglophone. Les hôpitaux bilingues sont des foyers d'assimilation. Ce n'est pas moi qui le dis, mais bien votre collègue et mon bon ami, le sénateur Jean-Robert Gauthier. Celui-ci a été longuement hospitalisé, il y a quelques années, à l'Hôpital Général d'Ottawa, un hôpital officiellement bilingue. Mais lorsque la crise Montfort a éclaté, en février 1997, le sénateur Gauthier n'a pas hésité à critiquer publiquement le manque de services en français à l'Hôpital Général d'Ottawa qui, par sa situation géographique, peut desservir jusqu'à 300 000 Francos-Ontariens, dans une province qui en compte un demi million.

Si les services de santé en français sont inadéquats dans un hôpital officiellement bilingue et dans une province qui s'est munie d'une loi sur les services en français, la loi 8, imaginez la situation ici pour les 60 000 Francos-Albertains ou pour nos voisins, les 21 000 Fransaskois ou encore pour les 51 000 Francos-Manitobains, pour ne nommer que ceux-ci.

Il y a à peine quelques semaines, on ne pouvait en effet qu'imaginer qu'elle est la situation. Qu'imaginer, je dis bien, parce qu'on ne disposait d'aucune donnée sur l'état de la situation des services de santé en français aux communautés francophones en situation minoritaire. Lorsque venait le temps d'évaluer la qualité des services de santé, les francophones ne figuraient tout simplement pas sur l'écran.

Depuis juin dernier, grâce à une étude coordonnée par la FCFA pour le compte du Comité consultatif créé par le ministre fédéral de la Santé, l'honorable Allan Rock, pour l'aviser sur les communautés francophones en situation minoritaire, nous savons que plus de la moitié des francophones hors Québec n'ont aucunement ou rarement accès à des services dans leur langue dans un hôpital, dans une clinique médicale, dans un centre de santé communautaire et pour des services à domicile.

Les francophones ayant accès à des services de santé en français, selon le lieu de services, il y a un tableau dans le mémoire que je vous ai présenté, je vais le résumer. Seulement 25,9 p. 100 des cliniques médicales ont accès aux services en français; les centres de santé communautaires seulement 37,1 p. 100; les services à domicile seulement 30,5 p. 100 et dans les hôpitaux seulement 28,5 p. 100.

Bref, plus de la moitié des francophones de l'extérieur du Québec doivent être soignés en anglais. Aujourd'hui, dans les régions où ils sont en situation minoritaire, les canadiens d'expression française ont de 3 à 7 fois moins de chance qu'un citoyen anglophone d'obtenir un service de santé dans leur langue. C'est injuste, c'est inéquitable, c'est inacceptable, et vous en conviendrez, c'est carrément dangereux. La situation est grave, mais certes pas irrémédiable. Le gouvernement fédéral doit cependant prêter son concours dans les plus brefs délais.

The Canada Health Act is based on five principles. The provinces and territories must comply with five conditions in order to receive all the cash funding under the Canada Health and Social Transfer.

The FCFA is today proposing a sixth principle, a sixth condition: the Official Languages Act should apply to the Canadian health care system. Under this sixth principle, the provinces and territories would have to commit to providing health care services in French. This is not a pipe dream and we are not reinventing the wheel, since a similar principle already applies in the education field. In fact, that principle is entrenched in our Constitution. That is why francophone children across the country now have access to education in French in French-language schools run by francophones.

It is clear, as the honourable Marcel Massé said when he appeared before the Joint Committee on Official Languages as President of Treasury Board, that the times when you really need to be able to communicate in your own language are no doubt when you are ill, in the hospital and at school.

However, we are certainly aware that access to adequate health services in French will require a different approach. Moreover, we know that the situations in the various francophone communities in Canada are very different from one to another. So we will need to take flexible approaches that take into account the needs and resources in each region. It goes without saying that each community will need to be involved.

The communities are ready, but the direct participation of the federal government is needed. The federal government must act, co-operate, support us, contribute and intervene in the situation.

We are fully aware that legislative and constitutional changes cannot be made overnight. So we are asking the federal government to begin immediately by supporting those provinces and territories that are prepared to move ahead on this. We are asking for a special fund or a support program for the development and maintenance of health services in French for minority francophone communities.

Again, this approach could be based on what has already been done in education, where the national government, without interfering in provincial jurisdiction, contributed to the establishment of French schools and administration systems and offers stable, long-term financial support to cover those costs that are directly related to the language aspects of the services provided.

It is important that the federal contribution recognize that there is an element of restorative justice involved at the outset. That element has been recognized by the Supreme Court in *Mahée* with respect to education. I believe that that is why the federal government moved on this and provided the necessary funding to set up a school system across the country. The federal government needs to start with a desire to help these communities bridge the

La Loi canadienne sur la santé compte cinq principes. Cinq conditions d'octroi et de versement que les provinces et les territoires doivent respecter pour recevoir la totalité des contributions en espèce dans le cadre du transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux.

La FCFA propose aujourd'hui un sixième principe, une sixième condition: que la Loi sur les langues officielles soit appliquée dans le système canadien des soins de santé. Par ce sixième principe, les provinces et territoires devraient s'engager à offrir des services de santé en français. Sachez qu'on ne rêve pas en couleur et qu'on ne réinvente pas la roue puisqu'un principe similaire s'applique dans le domaine de l'éducation. En fait, ce principe est enchâssé dans notre Constitution. C'est ce qui permet aujourd'hui aux enfants francophones à travers le pays d'avoir accès à une éducation en français dans des écoles de langue française gérées par des francophones.

Certes, comme le disait l'honorable Marcel Massé lors d'une comparution devant le Comité mixte sur les langues officielles alors qu'il était président du Conseil du Trésor: «Il n'y a pas de doute que les moments où vous avez vraiment besoin de communiquer dans votre propre langue sont lorsque vous êtes malade, à l'hôpital et lorsque vous recevez votre éducation...».

Cependant, nous sommes bien conscients que l'accès à des services de santé adéquats en français nécessitera une approche différente. De plus, nous savons que les diverses communautés francophones au pays vivent des situations très différentes les unes des autres. Il faudra donc adapter des approches flexibles tenant compte des besoins et des ressources en place dans chaque région. Et l'implication de chaque communauté sera, il va sans dire, essentielle.

Ces communautés sont prêtes, mais la participation directe du gouvernement fédéral se fait attendre. Le fédéral doit agir, il doit collaborer, il doit nous appuyer, il doit contribuer, il doit intervenir.

Nous sommes bien conscients que les changements législatifs ou constitutionnels ne se font pas du jour au lendemain. Aussi, demandons-nous au gouvernement fédéral d'appuyer, dans l'immédiat les provinces et territoires qui sont prêts à passer à l'action. Nous demandons un fonds spécial ou un programme d'appui à la mise en place et au maintien de services de santé en français pour les communautés francophones en situation minoritaire.

Encore une fois, cette approche pourrait s'inspirer de ce qui a été fait en éducation où le gouvernement national, tout en respectant la compétence provinciale en la matière, a contribué à la mise sur pied d'écoles et de systèmes de gestion scolaire francophones et offre un appui financier stable et à long terme pour couvrir cette partie des coûts qui est directement reliée à l'aspect linguistique du service.

Il est important que la contribution fédérale reconnaisse qu'il y a au départ un aspect réparateur. Cet aspect réparateur a été reconnu par la Cour suprême dans la cause *Mahée* dans le domaine de l'éducation. Je crois que c'est pour cela que le gouvernement fédéral est venu et a mis des dollars nécessaires pour l'implantation de la gestion scolaire partout au pays. En effet, au départ, le gouvernement fédéral devrait être animé du désir

gap that currently exists as regards access to health services in French. This may appear to be an enormous and unrealistic undertaking. But we managed it in the education field.

The plan for this undertaking already exists. The Advisory Committee set up by the federal Minister of Health to advise him on minority francophone communities has just submitted a series of concrete recommendations to the minister to improve access to front-line services in French. The committee's report was also presented a few weeks ago to the provincial and territorial ministers of health as well as to the provincial and territorial ministers responsible for francophone affairs. Three provinces, Alberta, Manitoba and New Brunswick, are on this committee and contributed to writing the report. The report deals with, among other things, the major recommendations and networking. Networking, in this case, means that health professionals, governments, communities, institutions providing training and administrators from the institutions are creating a network to identify needs in their communities and provinces and to find solutions together.

The committee's plan will also be the subject of a national forum to be held in Moncton, on November 3rd and 4th. I would invite you to attend that. I would also invite you to invite the two co-chairs of the Advisory Committee to the Minister of Health, Mr. Rock, to present their report to you. It lays out a concrete plan for involving minority francophone and Acadian communities in health care reform.

In closing, I would also like to invite you, as you go around the country, to meet with people managing health services in French, people working on the front lines, who can explain to you the role of the services in our communities. I know that Mr. Romanow met with the administrators of the Centre communautaire Évangéline in Prince Edward Island. I believe that he was very impressed by the health services offered there.

Two years ago, the FCFA published a study on four pilot projects that provided community health services in French. The study shows that it is possible to provide high-quality health services in French. It also shows that, where the services are available, they are used by the francophone population and are appreciated.

[English]

The Deputy Chairman: Senators, we will now turn to questions.

Senator Morin: Ms Raymaker, you are proposing that government funding is for the full spectrum of health care, pharmacare. What is your position on dental care? In Britain, as you know, there is full government funding for dental care. As well, what is your position on eye care?

d'aider les communautés à combler le retard qui existe présentement dans l'accès à des services de santé en français. L'entreprise peut apparaître gigantesque, irréaliste. Et pourtant, nous l'avons fait en éducation.

Le plan pour cette entreprise, il est déjà tracé. Le comité consultatif, créé par le ministre fédéral de la Santé pour l'aviser sur les communautés francophones en situation minoritaire, vient de soumettre au ministre une série de recommandations concrètes pour améliorer l'accès à des services de première ligne en français. Le rapport du comité a aussi été présenté aux ministres provinciaux et territoriaux de la Santé ainsi qu'aux ministres provinciaux et territoriaux responsables des Affaires francophones, il y a quelques semaines. De fait, trois provinces, l'Alberta, le Manitoba et le Nouveau-Brunswick sont membres de ce comité et ont contribué à la rédaction du rapport. Le rapport touchera, entre autres, les recommandations principales et le «réseautage». Le «réseautage» pour nous veut dire que les professionnels de la santé, les gouvernements, les communautés, les institutions qui fournissent la formation et les gestionnaires des institutions forment un réseau pour décider quels sont les besoins dans leur communauté, dans leur province et trouver des solutions ensemble.

Le programme tracé par le comité fera d'ailleurs l'objet d'un forum national qui aura lieu à Moncton, les 3 et 4 novembre prochain. Je vous invite à y assister. Je vous invite aussi à inviter les deux coprésidents du Comité consultatif du ministre de la Santé, M. Rock, à venir vous présenter le rapport. Il offre un plan concret pour inscrire les communautés francophones et acadienne en situation minoritaire dans la réforme des soins de santé.

En terminant, permettez-moi aussi de vous inviter à rencontrer, au cours de votre tournée à travers le pays, des responsables de services de santé en français, des gens qui travaillent sur la première ligne et qui sont à même de vous expliquer de tels services pour nos communautés. Je sais que M. Romanow a rencontré à l'Île-du-Prince-Édouard les dirigeants du Centre communautaire Évangéline. Je crois que M. Romanow a été très impressionné par les services de santé qui sont offerts au Centre communautaire Évangéline.

La FCFA a publié, il y a deux ans, les résultats d'une étude de quatre expériences ayant trait aux services de santé communautaire en français. Cette étude démontre qu'il est possible d'offrir des services de santé de qualité en français. Elle a aussi démontré que là où ils sont offerts, ces services sont utilisés par la population francophone et qu'ils sont appréciés.

[Traduction]

La vice-présidente: Mesdames et messieurs les sénateurs, nous allons maintenant répondre à vos questions.

Le sénateur Morin: Madame Raymaker, vous proposez que les crédits gouvernementaux servent à l'ensemble des soins de santé et du régime d'assurance-médicaments. Quelle est votre position en matière de soins dentaires? En Grande-Bretagne, comme vous le savez, les financements gouvernementaux sont intégraux pour les soins dentaires. Nous aimerions connaître également votre position sur les soins ophtalmologiques?

Many Canadians now are using natural products. Actually, the cost for natural products is increasing by 15 per cent a year. The only reason that we are not upset about that is because the government is paying, but Canadians are using more and more natural products.

What is your position on these various expenses in relation to government funding?

Ms Raymaker: We recommend that the health care pieces that are being funded federally or nationally should include home care and pharmacare — additions as far as services for the elderly — as soon as possible. We are talking about people reaching a certain age, not the full population. Dental care and eye care could possibly be added as well.

These are very important issues with the elderly. They may not be as important when you are younger because they do not really cut into your independence. However, as you age, the ability to hear and the ability to see become not just health issues but independence issues. I think there is nothing wrong with expanding health care into that area when and if we can. We have a position on recommending such extensions into that area for those reasons — health and independence. We want to keep people out of institutions.

With respect to alternative medications and natural products, I do not think we could do anything as far as the pharmacare program goes because do not have any standards. The important issue is that we know what is in alternative medicines so that we have a good idea of how they react with the drugs seniors are taking.

In the last 20 years, drug costs have gone up 170 per cent. We have heard evidence around this table today that if home care and pharmacare are put into a national medicare scheme, we could very well see the total cost of health care go down.

Senator Keon: I thought in passing you mentioned that this system could be financed with a public-private insurance arrangement. Did I misunderstand you?

Ms Raymaker: As far as the pharmacare program is concerned?

Senator Keon: Yes.

Ms Raymaker: There were four options set out for home care, and the only one acceptable to us was a publicly funded home care program.

With respect to pharmacare, you mentioned public-private. There are many good pharmacare programs out there administered by the private sector, which are not for profit. They are part of the

Les Canadiens sont maintenant nombreux à utiliser des produits naturels. Actuellement, le coût des produits naturels augmente de 15 p. 100 par an. Le fait que les Canadiens utilisent de plus en plus de produits naturels ne nous contrarie pas uniquement parce que c'est le gouvernement qui paie.

Quelle est votre position concernant ces différentes dépenses qui ont trait aux crédits gouvernementaux?

Mme Raymaker: Nous sommes d'avis que les soins de santé financés par le gouvernement fédéral ou à l'échelle nationale doivent inclure les soins à domicile et les régimes d'assurance-médicaments — ainsi que les services pour les personnes âgées, autant que faire se peut — le plus rapidement possible. Nous parlons des personnes qui ont atteint un âge certain, et non de la population au complet. Il serait possible d'inclure également les soins dentaires et les soins ophtalmologiques.

Ces questions sont essentielles pour les personnes âgées. Lorsque vous êtes plus jeune, elles n'ont pas vraiment d'impact sur votre indépendance et ne sont donc pas aussi cruciales. En revanche, plus vous prenez de l'âge, plus il est important de voir et d'entendre, car ce n'est plus seulement votre santé, mais également votre indépendance qui est en jeu. Je pense qu'il n'y a rien de mal à essayer d'inclure ces soins dans notre système de soins de santé, le cas échéant. Les raisons pour lesquelles nous souhaitons recommander un tel changement sont la santé et l'indépendance. Nous désirons que les gens restent en dehors des institutions.

Quant aux médecines parallèles et aux produits naturels, je ne pense pas que nous puissions faire quoi que ce soit, étant donné que jusqu'à présent, le régime d'assurance-médicaments ne possède pas de normes bien définies. La question importante est de savoir en quoi consistent ces médecines parallèles et par conséquent de connaître les interactions éventuelles qui peuvent exister avec les médicaments que prennent les personnes âgées.

Au cours des 20 dernières années, le coût des médicaments a augmenté de 170 p. 100. Nous avons pu nous rendre compte aujourd'hui autour de cette table que si les soins à domicile et les remboursements du prix des médicaments sont inclus dans un régime d'assurance-maladie national, il est tout à fait probable que le coût total des soins de santé diminuerait.

Le sénateur Keon: J'ai cru vous entendre mentionner que ce système pourrait éventuellement être financé dans le cadre d'une convention d'assurance publique et privée. Aurais-je mal compris?

Mme Raymaker: En ce qui concerne le régime d'assurance-médicaments?

Le sénateur Keon: Oui.

Mme Raymaker: Quatre options ont été proposées pour les soins à domicile, et la seule qui nous a paru acceptable était celle de la mise en œuvre d'un programme de soins à domicile financé par l'état.

Quant au régime d'assurance-médicaments, vous avez mentionné les secteurs publics et privés. Il existe déjà bon nombre de régimes d'assurance-médicaments adéquats gérés par le secteur

employer schemes. It does not matter to us as long as they meet the criteria for medication, such as medical necessity.

[Translation]

Senator Morin: Mr. Arès, I would first like to congratulate you and thank you for the excellent work done by you and your federation. This work is often difficult and thankless, and you are working in conditions that are far from being recognized in the struggle to defend the rights of francophones outside Quebec and those of the Acadian community.

I read the report of the Advisory Committee to the Minister of Health. Mr. Rock, which was distributed to committee members. It is an excellent report. I am pleased to see that it has received initial approval, if I am correct, and that it will be discussed in a few weeks in Moncton.

I have two questions to ask you. Hospital health services in French depend to a certain extent on having health professionals in those hospitals that can speak French. As you said, there have to be more than signs that say that French is spoken, but also people who actually speak the language.

If I understand correctly, a second bilingual faculty of medicine will be established in northern Ontario, and there will be a substantial proportion of francophones — I am talking about Laurentian University in Sudbury — do you have any additional information on that? There is also some talk of creating a bilingual faculty of medicine in Moncton. Do you think that we should support this important initiative?

My last question deals with your proposed sixth condition for the Canada Health Act, which would be that the Official Languages Act would apply to the health system. I suppose that one would have to add: “where numbers warrant or where the necessary conditions exist”. You would certainly have the support of Quebec anglophones for that kind of recommendation. You no doubt know that anglophones in Quebec have problems in this area as well. There would be an alliance among francophones, Acadians, francophones outside Quebec and anglophones.

Mr. Arès: The University of Ottawa’s Centre national de formation en santé, which was created a few years ago and where I am a member of the board of directors, really wants to become a national centre by including other francophone institutions in Canada offering training for health professionals. This would include not only institutions in Ontario and New Brunswick, but also the Collège universitaire de Saint-Boniface and the Faculté Saint-Jean, here in Edmonton. It is recognized, I believe, that there is a need for more health professionals, but we really want the Centre national de formation to be recognized as a national centre. That is one of the recommendations that was made, and we hope that it will be implemented soon.

It is true that anglophones in Quebec would probably agree with us. You mentioned the idea of “where numbers warrant”, and we should perhaps say that all francophones should have access to these services. We need to find ways of delivering health services,

privé, et à but non lucratif. Ils font partie de la contribution patronale. Ceci nous importe peu, du moment qu’ils répondent aux critères nécessaires pour la prise de médicaments, comme la nécessité médicale.

[Français]

Le sénateur Morin: Monsieur Arès, je voudrais d’abord vous féliciter et vous remercier pour l’excellent travail et celle de votre Fédération. Ce travail est souvent difficile et ingrat et vous devez le faire dans des conditions qui sont loin d’être toujours reconnues dans la défense des droits des francophones hors Québec et de la communauté acadienne.

J’ai lu le rapport du Comité consultatif du ministre de la Santé, M. Rock, distribué aux membres du comité. C’est un excellent rapport. Je suis heureux de voir qu’il a été, si je comprends bien, approuvé en première instance et qu’il va faire l’objet d’un débat un peu plus tard à Moncton.

J’aurais deux questions à vous poser. Les soins de santé en français dans les hôpitaux dépendent jusqu’à un certain point des professionnels de la santé qui sont présents dans ces hôpitaux. Il faut plus que des affiches avisant que le français est parlé, comme vous dites, on doit le parler.

Si je comprends bien, une deuxième faculté de médecine bilingue sera mise sur pied dans le nord de l’Ontario et la composante francophone va être assez importante — je parle de l’Université de Sudbury — avez-vous des renseignements supplémentaires à ce sujet? Il est aussi question de la création d’une autre faculté de médecine bilingue à Moncton. Pensez-vous que nous devons appuyer ce phénomène important?

Ma dernière question a trait à cette sixième condition de la Loi sur la santé au Canada ayant trait à l’application de la Loi sur les langues officielles dans le système de la santé. Je suppose qu’on ajoutera toujours: «lorsque les circonstances de la population le permettent ou lorsque les conditions l’exigent». Vous auriez sûrement l’appui des anglophones du Québec pour une telle recommandation. Vous n’êtes pas sans savoir que les anglophones au Québec, actuellement ont des problèmes à ce sujet. Il y aurait une alliance qui se créerait entre les francophones, les Acadiens, les francophones hors Québec et les anglophones.

M. Arès: Le Centre national de formation en santé de l’Université d’Ottawa, qui a été formé il y a quelques années et sur lequel je siège sur le conseil d’administration, veut vraiment devenir un centre national, c’est-à-dire inclure les autres institutions francophones du pays à offrir de la formation pour des professionnels de la santé. Cela comprendrait non seulement les institutions en Ontario et au Nouveau-Brunswick, mais aussi le Collège universitaire de Saint-Boniface et la Faculté Saint-Jean, ici à Edmonton. Je pense qu’on reconnaît qu’on a besoin de plus de professionnels de la santé, mais on veut vraiment que le Centre national de formation soit reconnu un centre national. C’est une des recommandations qui a été faite et on espère qu’elle va voir le jour bientôt.

Il est vrai que les anglophones du Québec seraient probablement d’accord avec nous. Vous avez mentionné: «Là où la population le permet», on devrait peut-être aussi dire que tout francophone devrait y avoir droit. Il s’agit de trouver des façons

as we did in education. In Alberta, there is one school administration for the whole province, and the francophone boards decide how they can and will deliver services to all their francophone residents throughout the province. I think that we could do the same thing in the health sector. That is why I mentioned in my presentation that the networking we are looking to initiate would include representatives from the communities, governments, health professionals, administrators of training institutions and administrators of health institutions. All these networks could find a way of delivering health services in Alberta. These solutions may well be different in Alberta, in New Brunswick, or for anglophones in Quebec. Each situation is different, and we cannot say that we are going to have francophone hospitals everywhere, because that would not be reasonable. The important thing is to take a reasonable approach. Let us look at means and find reasonable solutions together. I believe that that is why the networking proposed in the report to Minister Rock is so important.

[English]

The Deputy Chairman: I have a question for Mr. Reimer and the Alberta Council on Aging. You said that 600 people in Edmonton are awaiting long-term care. What is your organization doing about this? Is there a solution? Are you lobbying the government extensively? Obviously this number will grow.

Mr. Reimer: There has been a positive development in Alberta. We now have a minister whose only jurisdiction is seniors, Alberta seniors. The government can no longer say, "Well, we have a big department that has to do all of these things." Now we have a minister devoted to seniors' issues.

We are having a good dialogue with the government in terms of getting non-profit organizations involved, such as Lions Clubs. They are proposing new facilities in Alberta, but they are not there yet. The foundations have not been poured. As the senior population increases, this problem will increase for a period of time until it is resolved.

Much of this problem has been the direct result of major cuts in this province, and now we are trying to catch up. The population of Alberta is increasing very rapidly, but it takes a long time to catch up.

Senator LeBreton: Where are these people living; with their families?

Mr. Reimer: Some of them are with their families; a lot of them are in hospitals.

The Deputy Chairman: Taking up extensive beds.

de livrer les services en santé, comme on l'a fait en éducation. En Alberta, la gestion scolaire couvre l'étendue de la province et ce sont les conseils francophones qui décident comment ils peuvent et vont livrer les services à tous leurs résidents francophones d'un bout à l'autre de la province. Je pense qu'on pourrait faire la même chose dans le domaine de la santé. C'est pour cela que j'ai mentionné dans ma présentation que le «réseautage» qu'on aimerait mettre sur pied comprendrait les représentants des communautés, des gouvernements, des professionnels de la santé, des gestionnaires des institutions de formation et des gestionnaires des établissements de la santé. Tous ces réseaux pourraient trouver un moyen de livrer les services de santé en Alberta. Cela peut être certainement différent en Alberta, au Nouveau-Brunswick ou pour les anglophones du Québec. Chaque situation est différente et on ne peut pas dire qu'on va avoir des hôpitaux francophones partout, ce n'est pas raisonnable. Ce qui est important, c'est une approche raisonnable. Examinons les besoins et trouvons des solutions raisonnables ensemble. Je pense que c'est pour cela que le «réseautage» proposé dans le rapport du ministre de la santé, M. Rock, est très important.

[Traduction]

La vice-présidente: Je souhaiterais poser une question à M. Reimer et à l'Alberta Council on Aging. Vous nous avez mentionné qu'il y avait 600 personnes à Edmonton en attente de soins de longue durée. Que fait votre organisme à ce sujet? Voyez-vous une solution? Essayez-vous d'influencer considérablement le gouvernement? Il paraît évident que ce nombre va augmenter.

M. Reimer: Nous avons pu remarquer un développement positif en Alberta. Nous disposons maintenant d'un ministre qui ne s'occupe que des personnes âgées de l'Alberta. Le gouvernement ne peut plus nous rétorquer: «Et bien, nous disposons d'un grand ministère à qui incombe toutes ces responsabilités.» Désormais, nous avons un ministère qui se consacre uniquement aux problèmes des personnes âgées.

Nous dialoguons de façon positive avec le gouvernement quant à obtenir la participation d'organismes à but non lucratif, comme le Lions Clubs. Ils nous proposent de créer de nouveaux établissements en Alberta, mais nous n'en sommes pas encore là. Les fondations n'ont pas encore été coulées. Alors que la population des personnes âgées augmente, ce problème va s'accroître pendant encore quelques temps, jusqu'à ce qu'une solution puisse être apportée.

Beaucoup de ces problèmes sont la conséquence directe des restrictions dans cette province, et nous essayons maintenant de rattraper le retard. La population de l'Alberta augmente très rapidement, mais cela prendra beaucoup de temps.

Le sénateur LeBreton: À quel endroit vivent ces personnes; avec leur famille?

M. Reimer: Certaines vivent avec leur famille, mais beaucoup d'entre elles sont à l'hôpital.

La vice-présidente: Elles occupent donc des lits supplémentaires.

Mr. Reimer: Ever since the cuts to medicare, it seems that everyone is sick at every level. The system is backed up. I am not complaining about the care, but it has been very hard on a lot of the professionals and people who work in the institutions. We are optimistic that we can resolve the situation, but it will not happen tomorrow morning.

The Deputy Chairman: The other comment I wanted to make concerned your comment about the professionals in geriatrics. As our population grows and ages, this is an area in which we will fall very short. This is something we have heard from witnesses across the country.

Mr. Reimer: The senior population will swell fairly soon, and it is important we get on top of it.

The Deputy Chairman: The only comment I had about that is whether organizations such as yours will encourage educational institutions to train more people coming into the medical profession and streamline them into that area.

Mr. Reimer: We can do that. We can do what we did in this province on the occupational health and safety issue. We went to industry and got enough money to establish a Chair. There are other shortages as well, not just in geriatrics, so we will be doing that.

The Deputy Chairman: Excellent.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

The Chairman: Our next witnesses are representatives of the Nechi Institute and the Health Advisory Committee of the Executive of the Alberta and Northwest Conference of the United Church of Canada.

Please proceed.

Mr. Richard Jenkins, Director of Marketing and Health Promotion, Nechi Institute: Good afternoon, senators. Ruth Morin and I pleased to have been invited and thank you for the opportunity to be here with you today.

The Nechi Institute does addictions training and research in a health promotions kind of way. Our biggest health promotions initiative at this point is National Addictions Awareness Week, which is next month, the third week in every November.

One of our concerns is that there is no evidence in Volume 4 of your report, "Issues and Options," that new financing options will not limit individual payments toward health care at one level or another — taxes or user fees — which is a key component of a preferred public health care system.

We were able to give a cursory review of the summary document, but I did not even see the whole document. The only

M. Reimer: Depuis les restrictions du régime d'assurance-médicaments, il semble que tout le monde tombe malade à tous les niveaux. Le système est en retard. Je ne me plains pas du système de soins, mais il est vrai que beaucoup de professionnels et de personnes qui travaillent dans ces institutions en ont souffert. Nous sommes tout à fait optimistes quant à résoudre cette situation, mais cela ne pourra se faire en un jour.

La vice-présidente: J'aimerais ajouter quelque chose en ce qui concerne votre commentaire sur les professionnels en gériatrie. Vu l'accroissement et le vieillissement de notre population, nous ne pourrions bientôt plus répondre aux besoins. Ce qui nous a été rapporté à plusieurs reprises dans tout le pays.

M. Reimer: La population des personnes âgées augmente de plus en plus et il est crucial que nous trouvions une solution.

La vice-présidente: Le seul commentaire que j'avais à faire à cet égard, était de savoir si des organismes tels que le vôtre allaient encourager les établissements d'enseignement à former davantage de personnes qui se dirigent vers la profession médicale et à les inciter à se spécialiser dans ce domaine.

M. Reimer: Nous pouvons très bien faire cela. Nous pouvons répéter ce que nous avons fait dans cette province quant aux questions de santé et de sécurité au travail. Nous sommes allés voir l'industrie et avons recueilli suffisamment de fonds pour établir une présidence. Des secteurs autres que la gériatrie souffrent également de pénuries, aussi, c'est ce que nous allons faire.

La vice-présidente: Très bien.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

Le président: Nos témoins suivants sont les représentants de l'institut Nechi et du comité d'avis sanitaire de la direction de la conférence de l'Alberta et des Territoires du Nord-Ouest de l'Église unie du Canada.

Veuillez commencer.

M. Richard Jenkins, directeur de la commercialisation et de la promotion de la santé, Institut Nechi: Bonjour mesdames et messieurs les sénateurs. Ruth Morin et moi-même sommes heureux d'avoir été invités et nous vous remercions de nous avoir permis d'être parmi vous aujourd'hui.

L'Institut Nechi effectue des formations et des recherches sur la toxicomanie tout en respectant la promotion de la santé. À ce stade, notre initiative de promotion la plus importante est la Semaine nationale de sensibilisation aux toxicomanies, qui se déroulera le mois prochain, chaque troisième semaine du mois de novembre.

Nous sommes préoccupés principalement par le fait qu'aucun élément du volume 4 de votre rapport «Issues and Options» ne prouve que les nouvelles options de financement ne limiteraient pas les paiements individuels des soins de santé à un niveau quel qu'il soit — les taxes ou les tickets modérateurs — qui représentent les composantes clés d'un système de soins de santé public privilégié.

Nous avons pu passer en revue le résumé du document de façon superficielle, mais je n'ai même pas pris connaissance du

one available today is a French version. I struggled through it, with my bad understanding of French.

We like the idea of a national drug formulary. The options related to that discussion are appreciated and intriguing, as a larger economy of scale argument is presented, but there is a downside, and that is bottlenecking. We did not talk about that in our paper.

We are also applauding the fact that the committee recognizes that a national, rather than a federal, strategy involving all governments, including the federal government, is needed for health care.

We appreciate that the report recognizes the struggles of practitioners of various other kinds of alternative medicines, as Aboriginal traditional medical practitioners usually fall into this category and are often not afforded the respect that is due to them in Aboriginal communities and mainstream institutions.

Chapters 12 and 13 provide recognition of the deplorable, in the words of the committee's report, health conditions and status of Aboriginal peoples of Canada, and it is appreciated that the report provides a focal point for discussions regarding these distinct populations. It is regrettable, though, that the Constitution Act of 1982 is not referenced in chapter 13 — at least in the document that I read — in that all Aboriginal peoples are defined and noted in the act. The only fiduciary responsibility noted in chapter 13 is the Indian Act, which only addresses fiduciary responsibility as it relates to only two other noted population groups — that is, the Indians and Inuit. It leaves the Métis outside in the cold in terms of health care at the federal level, as well as non-status Indians, who are even more out in the cold and are harder to identify.

Suggestions for consideration: The development and maintenance of a national drug formulary must be implemented in such a way to ensure timely and effective drug interventions to those individuals with variant reactions to cheaper drugs. This must be done in a timely fashion. I will give you a quick example of someone with HIV whose viral load is high and T-cell count is low. In waiting for the approval of a national drug formulary, someone might be impacted by the onset of an infection the longer they have to wait. When your T-cell count gets down to a certain level, it leaves you open to all kinds of infections. Although a nice formulary is appreciated, there is some caution there.

In terms of evaluation of research, it is suggested that Health Canada facilitate — and this is very specific — the opportunity for the Canadian Institutes of Health Research, the CIHR, to be trained by community health groups in definitions and the implementation of community-based research methodologies, as the academic medical model of community research still seems to be the only approach known and accepted by CIHR academics

document dans son intégralité. La seule version disponible aujourd'hui est en français. Ma compréhension du français étant assez médiocre, j'ai du lutter pour en comprendre le sens.

Nous aimons assez l'idée d'un formulaire pharmaceutique national. Les options afférentes à cette discussion sont appréciées et embarrassantes, étant donné qu'un plus grand éventail d'arguments d'ordre économique peut y être présenté, mais il ne faut pas perdre de vue le côté négatif, et cela risque de créer des impasses. Nous n'en avons pas parlé dans notre exposé.

Nous nous réjouissons également du fait que le comité reconnaisse la nécessité d'établir une stratégie nationale plutôt que fédérale, à laquelle tous les gouvernements participent, en matière de soins de santé, y compris le gouvernement fédéral.

Nous apprécions le fait que ce rapport reconnaisse la lutte menée par les praticiens de différentes médecines parallèles, puisque les praticiens de médecine traditionnelle autochtone tombent généralement dans cette catégorie et n'obtiennent pas le respect qui leur est dû au sein des collectivités autochtones et des institutions conventionnelles.

Les chapitres 12 et 13 reconnaissent les conditions et l'état déplorables, selon les propres termes du rapport du comité, de la santé des peuples autochtones du Canada, et nous apprécions le fait que ce rapport serve de référence dans les débats concernant ces populations distinctes. Il est néanmoins regrettable que la loi Constitutionnelle de 1982 ne soit pas citée au chapitre 13 — tout au moins dans le document que j'ai lu — et que cette Loi ne mentionne ni ne définit tous les peuples autochtones. La seule responsabilité fiduciaire mentionnée au chapitre 13 est la Loi sur les Indiens, laquelle aborde la responsabilité fiduciaire lorsqu'elle concerne seuls deux autres groupes de population évoqués — c'est à dire les Indiens et les Inuits. Ce qui laisse les Métis à l'écart, en matière de soins de santé au niveau fédéral, ainsi que les Indiens non inscrits qui sont encore plus ignorés et difficile à identifier.

Propositions à prendre en considération: Il est nécessaire de mettre en oeuvre le développement et l'entretien d'un formulaire pharmaceutique national de façon à assurer que ces personnes, dont les réactions aux médicaments moins onéreux sont différentes, puissent profiter de ces médicaments de manière efficace et en temps opportun. Ce qui doit être mis en place de façon judicieuse. Prenez l'exemple d'une personne atteinte du VIH dont la charge virale est élevée et le nombre de lymphocyte T est bas. Dans l'attente de l'approbation d'un formulaire pharmaceutique national, il est tout à fait possible que cette personne développe une infection pendant ce délai d'attente. Lorsque le nombre de vos lymphocytes T descend à un certain niveau, vous devenez beaucoup plus fragile et risquez d'attraper toute sorte d'infection. Bien qu'un formulaire bien conçu soit apprécié, il y a toujours quelques précautions à observer.

D'un point de vue de l'évaluation de la recherche, il est souhaitable que Santé Canada encourage — et ceci est essentiel — la possibilité de formation des instituts canadiens de recherche sur la santé, le CIHR, par des groupes du secteur de la santé faisant partie de la collectivité en matière de définition et de mise en application de méthodologies de recherches orientées sur la communauté, comme le modèle médical académique de recherche

currently controlling that regime. Recent meetings between them and some of my colleagues in one field of health research indicate that they do not get it yet. There are still ways for them to get out of the medical-model-only approach to health research in that there are different ways of looking at how to get good health outcomes.

We would like to see increased targets for research allocations in health promotion and prevention approaches across the public and private sectors, with some being directed and some being proposal driven. We get calls for proposals from different parts of the Government of Canada. They are all proposal driven. Sometimes it requires a more strategic, coordinated effort as opposed to waiting for communities to come up with the best ideas.

There needs to be an increase will by Health Canada to implement a targeted national addictions strategy that addresses the relationship between addictions, health determinants, and health status, as their currently does not exist such a strategy or even the focus on addictions outside of the First Nations and Inuit health branch and outside of the consumer safety branch, where they talk about regulations on alcohol and the sale of drugs that in product development.

In terms of surveillance, Aboriginal groups representing the health interests of Indian, Inuit and Métis peoples need to be directly engaged in an accountable but yet confidential manner with respect to the health records of populations they serve in order to better equip them with timely information regarding disease outbreaks within those populations. I cite the Manitoba Métis diabetes surveillance project. There was the political will by the Manitoba Métis, the province and Health Canada around diabetes to do a blind sharing of records so that the Métis Federation of Manitoba could actually identify who within that population group had diabetes and then do some interventions targeted work. Without the political will of the various provinces and territories, it is difficult to do directed work.

An increased number of Aboriginal training and post-secondary education initiatives in all aspects of health care provision must be developed to address the need to build capacity within Aboriginal communities using Aboriginal approaches to address our health issues in addition to the maintenance of mainstream medical model used by Canadian health practitioners today.

There must be an increased awareness of, recognition of and resources for First Nations, Inuit and Métis governance roles and responsibilities to ensure they are acknowledged and supported in the development of a national health human resources strategy.

communautaire qui semble toujours être la seule approche connue et acceptée par les enseignants du CIHR qui contrôlent actuellement ce régime. Les récentes réunions qui se sont déroulées entre ces organismes et certains de mes collègues quant au domaine de la recherche sur la santé démontrent qu'ils n'en sont pas encore arrivés là. Il existe toujours des moyens qui leur permettent de s'éloigner de cette approche «à un modèle médical unique» de recherche médicale, étant donné qu'il est possible d'obtenir des résultats satisfaisants dans le domaine de la santé par différents biais.

Nous souhaiterions que les méthodes de promotion et de prévention dans les secteurs public et privé deviennent des priorités en matière de recherche, certaines pouvant être imposées et d'autres proposées. Certains ministères du gouvernement du Canada nous appellent pour nous faire des propositions. Ce ne sont toutefois que des propositions. Il est parfois préférable de coordonner les efforts de façon plus stratégique plutôt que d'attendre que les collectivités proposent à leur tour les idées les plus adaptées.

Il serait nécessaire que Santé Canada polarise ses efforts à mettre en oeuvre une stratégie ciblée sur la toxicomanie à l'échelle nationale, qui aborderait la relation entre la toxicomanie, les déterminants de la santé et l'état de la santé, étant donné qu'il n'existe pas actuellement une telle stratégie ou même une priorité en ce qui concerne la toxicomanie, en dehors de la direction des services de santé des Premières nations et des Inuits et en dehors de la direction des services de sécurité du consommateur, qui discutent davantage des règlements concernant l'alcool et la vente des drogues que du développement des produits.

En ce qui concerne la surveillance, il est primordial de faire participer directement les groupes autochtones représentant les intérêts de la santé des peuples indiens, inuits et métis, d'une façon responsable, tout en restant confidentielle, en ce qui concerne les dossiers de santé des populations dont ils s'occupent et qu'ils puissent avoir accès à une information d'actualité lorsque des maladies se déclarent au sein de ces populations. Je cite le projet de surveillance du diabète des Métis du Manitoba. Les Métis du Manitoba, la province et Santé Canada ont émis la volonté politique de partager aléatoirement les dossiers médicaux en ce qui concerne le diabète, afin que la fédération des Métis de Manitoba puisse identifier les personnes souffrant de cette maladie au sein du groupe et intervenir de façon ciblée. Sans la volonté politique des différentes provinces et territoires, il est difficile de diriger une tâche.

Il est nécessaire de développer le nombre de formations ainsi que l'éducation post-secondaire des Autochtones dans les différents aspects des dispositions des soins de santé et de pouvoir ainsi aider les collectivités autochtones à développer leurs propres méthodes permettant de trouver des solutions à nos problèmes de santé, sans toutefois oublier l'entretien des modèles médicaux conventionnels utilisés de nos jours par les professionnels canadiens de soins de santé.

Il est primordial d'accroître la sensibilisation, la reconnaissance et les ressources du rôle de gouvernance et des responsabilités des Premières nations, des Inuits et des Métis dans le but de leur assurer la reconnaissance et le soutien dans le développement

My next point relates to the lack of adequate reference to HIV/AIDS, suicide and hepatitis C. Those terms actually do show up in the full document, so I was at a disadvantage not having the whole document in front of me. That is a moot point.

In terms of preferred options, all options in chapter 12 are preferred, as all are necessary to ensure that all Canadians are addressed in the development and implementation of simultaneous population health strategies among various population groups in Canada, because there is some crossover between groups.

I was born Métis and am now a status Indian, so I introduce myself as a Cree Métis with Indian status. Sometimes I get a chuckle out of that because people in Aboriginal communities want me to pick a side, which is unfortunate. There is the perception that there are sides to pick.

In terms of chapter 13, the option noted in section 13.2.1 is supported with the proviso that urban Aboriginal populations and the existing urban service delivery networks created by those populations be recognized and supported in the development and implementation of a national action plan on Aboriginal health. With many of the initiatives involving urban service delivery that I have been a part of at the national level, folks often get left out in the cold.

There is a propensity to think of Aboriginals as First Nations, Inuit, Métis and that is it because that is what the Constitution says the federal government has a role in. However, Aboriginals live everywhere. They do not just live in First Nations communities or North of 60.

The cross-discipline Aboriginal training option in section 13.3 is duly noted and supported. However, Aboriginal approaches to health training and services must be recognized and supported through the existing Aboriginal learning institutes throughout Canada — of which there are over 50 — where the capacity exists to address the health training and post-secondary education needs of Aboriginal peoples and communities. For example, efforts should be made to engage the National Association of Indigenous Institutes for Higher Learning, the NAIHIL, in coordinating the design, development and implementation of such a cross-disciplinary training strategy in Aboriginal health disciplines in cooperation with supportive mainstream education institutes

I could cite many examples of mainstream education institutes that are not particularly supportive. One of the comments I would make is that they are academically elite.

d'une stratégie nationale de ressources humaines dans le domaine de la santé.

Je désire développer le point suivant, concernant le manque de références adéquates quant au VIH/sida, au suicide et à l'hépatite C. Ces termes apparaissent dans le document intégral, et j'étais désavantagé puisque le document que j'avais en face de moi n'était pas complet. C'est un des points débattus.

Toutes les options mentionnées au chapitre 12 sont privilégiées, tout en étant essentielles pour assurer que tous les Canadiens soient pris en considération dans le cadre du développement et de la mise en application, parmi les différents groupes de population au Canada, de stratégies simultanées concernant la santé de la population, étant donné qu'il existe un certain métissage entre les groupes.

Je suis né Métis et j'ai désormais le statut d'Indien inscrit, et je me présente donc comme un Métis cri ayant le statut d'Indien. Cela m'amuse parfois de voir que les collectivités autochtones souhaiteraient constituer des clans, ce qui est déplorable. On a l'impression que c'est vraiment ce qui va se passer.

L'option stipulée à la section 13.2.1 du chapitre 13 est étayée par les dispositions restrictives ayant pour objet de faire reconnaître et soutenir les populations autochtones citadines et les réseaux de services citoyens existants créés par ces dernières, dans le cadre du développement et de la mise en application d'un plan d'action national en matière de santé des Autochtones. Il n'est pas rare que des gens soient souvent mis à l'écart, au cours des nombreuses initiatives relatives à la prestation des services urbains auxquelles j'ai participé à l'échelle nationale.

Il y a une certaine tendance à penser aux Autochtones en tant que Premières nations, Inuits, Métis, ce qui est expliqué par le fait que la constitution déclare que c'est là que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer. Toutefois, les Autochtones vivent partout. Ils ne se cantonnent pas dans les collectivités des Premières nations ou North of 60.

L'option de formation interdisciplinaire des Autochtones stipulée à la section 13.3 est dûment notée et étayée. Cependant, il est important que les méthodes de formation et de services des Autochtones soient reconnues et soutenues par les instituts d'enseignement autochtones existants au Canada — qui sont plus de 50 — et qui ont la capacité de satisfaire les besoins de formation et d'enseignement postsecondaire des peuples et des collectivités autochtones. Il serait par exemple souhaitable de concentrer les efforts visant à faire participer le National Association of Indigenous Institutes for Higher Learning, le NAIHIL, et ainsi coordonner, de concert avec les instituts d'enseignement traditionnel qui le soutiennent, la conception, le développement et la mise en oeuvre d'une telle stratégie de formation interdisciplinaire dans les domaines relatifs à la santé des Autochtones.

Je pourrais citer de nombreux exemples d'instituts d'enseignement traditionnels qui n'apportent pas particulièrement leur soutien. J'aimerais préciser toutefois qu'ils font partie de l'élite académique.

The development of an Aboriginal health policy is supported with the recognition of the work already done in this field in Ontario by the Ontario government and the Aboriginal communities in that province be used as a model for discussion. That work was collective, collaborative and multidisciplinary. That model works and is implemented now. Ontario is into their second phase.

The Chairman: Explain to me how you move from being a Métis to being status Indian? I understand how you can go the other way around. How do you do it?

Mr. Jenkins: In 1985, the Indian Act was changed, and Bill C-31 changed that act. It allowed eligible people to register as treaty Indians. One of my grandmothers had her status, but she married an Englishman and it.

The Chairman: But they had not registered, so you were allowed to essentially make up for it. I heard a number of cases that had gone the other way.

Ms Rogers, please proceed.

Ms Louise Rogers, Executive of the Alberta and Northwest Conference of the United Church of Canada — Health Advisory Committee: The United Church of Canada, as you probably are aware, has had a long history in the delivery of health care. In Alberta, what is today the Lamont Health Care Centre originated as a hospital in a remote community in 1912. Over 10 years ago, the board and staff of this centre redefined their mission to consider as part of their mandate the health of the whole community. In 1993, in an accountability report to the United Church Division of Mission in Canada, we said:

Perhaps more than ever before, the church's prophetic voice is needed in health care both within the health care system and without. There is increased pressure toward private administration, user fees and "Americanization" of the health care system. While their needs to be fiscal responsibility, finances need to be managed with minimum social dislocation.

The centre has been able to launch new initiatives and still continue to operate the facility well within the budget. A lens implant program is one of those initiatives. It was referred to earlier today by Kevin Taft and Wendy Armstrong. It is truly an example of a community in touch with the people it serves.

The United Church has made a conscious decision to remain involved in the delivery of health care. We do not see it as a business but as an opportunity to make a Christian witness. It is against this backdrop that we offer our comments.

Our overall position can be most clearly stated by saying that we agree with the observations and recommendations set out in the final report of the National Forum on Health. We agree that

Le gouvernement de l'Ontario reconnaît les efforts déjà effectués dans cette province pour élaborer une politique dans le domaine de la santé des Autochtones et pour que les collectivités autochtones de cette même province soient utilisées en modèle de discussion. Ce travail était collectif, coopératif et multidisciplinaire. Ce modèle est adéquat et il est maintenant mis en application. L'Ontario entame maintenant la deuxième phase.

Le président: Pourriez-vous m'expliquer comment vous pouvez passer du statut de Métis au statut d'Indien inscrit? Je comprends comment vous pouvez le faire dans l'autre sens, mais comment pouvez-vous le faire dans ce sens-là?

M. Jenkins: En 1985, la Loi sur les Indiens a été modifiée par le projet de loi C-31. Ce projet de loi a permis aux personnes admissibles de s'inscrire en tant qu'Indien assujéti par un traité. L'une de mes grands-mères possédait ce statut, mais elle s'est mariée avec un Anglais et elle l'a perdu.

Le président: Cependant, ces personnes n'étaient pas inscrites, et vous n'étiez qu'autorisés à y suppléer essentiellement. J'ai entendu parler de plusieurs cas dont le dénouement était différent.

Madame Rogers, veuillez continuer.

Mme Louise Rogers, directrice, Alberta and Northwest Conference of the United Church of Canada — Health Advisory Committee: L'Église unie du Canada, comme vous en êtes certainement conscient, a eu une longue histoire dans le cadre de la prestation des soins de santé. En Alberta, se trouve aujourd'hui le Lamont Health Care Centre qui a débuté en 1912 en tant qu'hôpital dans une communauté isolée. Il y a plus de 10 ans, la direction et le personnel de ce centre ont remis leur mission en question pour intégrer dans leur mandat la santé de l'entière collectivité. En 1993, nous avons déclaré dans un compte rendu des activités destinées à la division de l'Église unie de Mission au Canada:

Il est plus que jamais nécessaire que la voix prophétique de l'église se fasse entendre en matière de soins de santé au sein comme à l'extérieur du système. La tendance se dirige de plus en plus vers une administration privée, les tickets modérateurs et «l'américanisation». Il est nécessaire de gérer les finances sans entraîner trop de déplacements sociaux, tout en respectant la responsabilité financière.

Le centre s'est efforcé de lancer avec succès de nouvelles initiatives et continue toujours à exploiter l'établissement correctement en se conformant au budget. L'une de ces initiatives consiste en un programme d'implant du cristallin. Kevin Taft et Wendy Armstrong y ont fait allusion au début de la journée. Voici l'exemple réel d'une collectivité en étroite relation avec la population qu'elle dessert.

L'Église unie a pris la décision délibérée de continuer à participer à la prestation des soins de santé. Nous ne considérons pas cela comme une entreprise, mais plutôt comme une occasion d'effectuer un acte de chrétienté. Nous proposons nos commentaires en regard de cette perspective.

Notre position générale peut être indiquée clairement en déclarant que nous approuvons les observations et les recommandations énoncées dans les conclusions définitives du

predictable, stable federal transfer payments are important. Increasing the scope of public expenditure may be the key to reducing total costs.

The following are fundamental to preserving and protecting medicare: ensure full public funding for medically necessary services; maintaining a "single payer" model at the provincial and territorial levels; and supporting the five principles of the Canada Health Act.

We must move to a more integrated system that funds care, not the provider or the site, and we must build a more integrated system. This requires action in the areas of home care, pharmacare and primary care reform.

If the principle of "public administration" means "maintaining a single payer model at the provincial-territorial level within a system that ensures full public funding for medically required services," then we agree. We would want to see the principle of public administration retained in the Canada Health Act so that it is a condition for federal funding.

We must emphasize that we are strong advocates of a system that employs public or not-for-profit entities to deliver health care services.

We reject any suggestion that the Canada Health Act places unreasonable limits on the rights of Canadians who have the means to purchase health care privately. We believe they can purchase it in the U.S. or from "opted out" providers in Canada. Availability of health care services is determined as much by the shortages of personnel as by budgetary allocations. To permit a parallel private system for medically necessary services, whether publicly funded or funded from private insurance, will go to serve those with money regardless of need.

The committee's report focused exclusively on patient charges as a means to make patients more responsible in the use of health services. Evidence suggests that cost sharing reduces utilization but does not contain costs. There is no mention in the report of approaches that emphasize informed patient choice, shared decision making and access to information and advice by telephone.

We are very concerned when we read news reports — this one in *The Edmonton Journal* of September 7, 2001 — quoting one of your fellow senators as saying "I don't see why we can't have a combination of private and public." We share the view of the endless commentary on the European experience: "In the opinion of several well-respected analysts, market mechanisms necessarily create conditions in which vulnerable populations — particularly

Forum national sur la santé. Nous sommes tout à fait d'accord sur le fait qu'il est important que les paiements de transferts fédéraux soient prévisibles et réguliers. Étendre le champ d'application des dépenses publiques pourrait être une solution permettant de réduire l'intégralité des coûts.

Voici quelques principes fondamentaux visant à préserver et à protéger le régime d'assurance-maladie: assurer un financement public intégral des services nécessaires d'un point de vue médical; maintenir un modèle «à souscripteur unique» au niveau provincial comme territorial; et mettre en pratique les cinq principes de la Loi canadienne sur la santé.

Nous devons intégrer davantage notre système de financement des soins, non pas le prestataire ou le site, et nous devons établir un système qui soit davantage intégré. Nous devons agir dans les domaines des soins à domicile, du régime d'assurance-médicaments et de la réforme des soins primaires.

Si le principe d'«administration publique» signifie «maintenir un modèle à souscripteur unique au niveau provincial-territorial, dans le cadre d'un système qui assure un financement public intégral pour les services requis «médicalement», alors nous en convenons. Nous souhaiterions que le principe de l'administration publique soit retenu par la Loi canadienne sur la santé et qu'il devienne une condition du financement fédéral.

Nous reconnaissons l'importance de défendre vigoureusement un système qui emploie des entités publiques ou à but non lucratif pour dispenser les soins de santé.

Nous rejetons toute proposition concernant le fait que la Loi canadienne sur la santé ait la possibilité de limiter de façon déraisonnable les droits des Canadiens qui ont les moyens d'acheter des soins de santé auprès d'entreprises privées. Nous pensons qu'ils peuvent les acheter aux États-Unis ou auprès de prestataires «ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie» au Canada. La disponibilité des services de soins de santé est déterminée autant par les pénuries de personnel que par les affectations budgétaires. Le fait d'autoriser un système parallèle privé dans le cadre des services médicalement nécessaires, qu'il soit financé par des fonds publics ou financé par une assurance privée, permettra de servir les personnes aisées sans regarder à la nécessité.

Le rapport du comité considère exclusivement les frais supportés par les patients comme un moyen de responsabilisation dans le cadre de l'utilisation des services de santé. Au vu des éléments probants, il serait souhaitable que le partage des frais diminue l'utilisation, sans toutefois inclure les coûts. Le rapport ne mentionne nulle part des méthodes permettant de souligner l'importance du choix effectué par un patient bien informé, de la prise de décision concertée et de pouvoir obtenir de l'information et des conseils par téléphone.

Nous sommes particulièrement préoccupés lorsque nous lisons l'information dans la presse — comme par exemple dans le *Edmonton Journal* du 7 septembre 2001 — qui mentionne que l'un de nos collègues sénateurs a déclaré: «Je ne vois pas pourquoi nous ne pourrions pas avoir un système à la fois privé et public.» Nous partageons le point de vue du commentaire relatif à l'expérience européenne: «Plusieurs analystes respectés sont

the less well off — will not receive equal access to quality services.

We think that the approaches suggested by the World Health Organization need to be tested when we are looking at items around timely access and waiting times before jumping in to care guarantees or a patient bill of rights.

There is no doubt that regionalization has improved the integration of health services. The definition that we used for regionalization is the judicious allocation of resources. However, a very important element in the provision of health services — the payment of physicians — has remained centralized. We think that this exclusion has limited the potential for improving efficiency and effectiveness in the health care system.

As pointed out in the committee's report, regionalization has involved decentralizing services from the province to the regional level and centralization from the local to the regional level. In our view, the latter centralization has, particularly in rural areas, removed an important element of local community involvement. When you concentrate specialized services, you begin to withdraw services in rural, aboriginal and remote communities. This not only intensifies the denial of services; it increases the lack of physicians in these communities and transfers costs from the health care system to individuals who have to travel for care. As well, it has placed the regional authorities in the position of being planners, funders and operators. This will eventually lead to a tendency to drive out non-regional operators.

In contracting out to the private for-profit health care facilities, we believe that any savings will predominantly come from reduced wages. This sector of the health care work force is already low paid.

We are not in favour of the concept of medical savings accounts. We do not accept the arguments supporting their introduction. We believe that rather than stimulating "price competition," they will lead to an emphasis on risk avoidance to the detriment of those most in need of coverage and services.

Finally, we do not support the conversion of all CHST cash transfers into tax points. We think it would only serve to create greater inequities for persons living in the poorer provinces. As well, we believe that the monitoring and enforcement mechanisms under the Canada Health Act are an important role of the federal government and should be retained.

The Chairman: Ms Rogers, under your point on timely access, you say that the approaches suggested by the World Health

d'avis que les mécanismes du marché créent nécessairement les conditions dans lesquelles les populations vulnérables — les personnes les plus défavorisées en particulier — ne pourront bénéficier d'une égalité d'accès à des services de qualité.»

Nous pensons qu'il est nécessaire que les méthodes suggérées par l'Organisation mondiale de la santé soient testées lorsqu'il s'agit d'un accès opportun comme des délais d'attente, avant de passer aux domaines des assurances des soins ou à une déclaration des droits des patients.

La régionalisation a sans aucun doute permis d'améliorer le regroupement des services de santé. Nous avons utilisé judicieusement l'allocation des ressources pour la régionalisation. Toutefois, un élément essentiel dans la prestation des services de santé — le paiement des médecins — est resté centralisé. Nous estimons que cette exclusion a restreint la possibilité de perfectionner l'efficacité et les performances du système des soins de santé.

Comme l'a mis à jour le rapport du comité, la régionalisation a permis de décentraliser les services en les basculant du niveau provincial au niveau régional et de les centraliser en les basculant du niveau local au niveau régional. Nous sommes d'avis que la récente centralisation a supprimé, dans les zones rurales en particulier, un des éléments essentiels favorisant la participation de la collectivité locale. Lorsque vous concentrez les services spécialisés, vous commencez par supprimer les services dans les communautés rurales, autochtones et éloignées. Ce qui intensifie non seulement le refus d'accès aux services, mais augmente le manque de médecins dans ces collectivités et transfère les coûts du système de soins de santé aux personnes qui sont dans l'obligation de se déplacer pour se faire soigner. Ce qui a positionné également les autorités régionales en tant que planificateurs, bailleurs de fonds et exploitants. Ce qui va éventuellement avoir tendance à inciter les opérateurs non régionaux à partir.

En utilisant les prestations de services extérieures d'établissements de soins de santé privés à but lucratif, nous estimons que la partie la plus importante des économies générées proviendra de la réduction des salaires. Les salaires des effectifs de ce secteur des soins de santé sont déjà très bas.

Nous ne sommes pas favorables au concept de comptes d'épargne médicaux. Nous n'acceptons en aucun cas les arguments qui soutiennent leur création. Nous considérons que plutôt que de stimuler la «concurrence des prix», ils vont favoriser l'évitement des risques au détriment des personnes les plus défavorisées qui ont un réel besoin de couvertures et de services.

Enfin, nous ne sommes pas favorables à la conversion de tous les transferts pécuniaires TCSPS en points d'impôt. Nous considérons que cela servirait uniquement à creuser davantage les inégalités dont souffrent les personnes qui vivent dans les provinces les plus pauvres. Nous sommes convaincus que les mécanismes de contrôle et d'exécution stipulés dans la Loi canadienne sur la santé font partie du rôle du gouvernement fédéral et devraient être retenus.

Le président: Madame Rogers, selon votre commentaire sur un accès opportun, vous déclarez que les approches suggérées par

Organization need to be tested. Since I am not sure what you mean by that, could you please explain that comment?

Ms Rogers: We have included the reference.

The Chairman: Those quotes are from the WHO?

Ms Rogers: Yes. The second quote is from the WHO report, and the third one is from a different report.

The Chairman: Mr. Jenkins, could you tell me a bit about the National Association of Indigenous Institutes for Higher Learning? I have never heard of it.

By the way, I think the program you gave the name of in Fort McMurray is obviously part of it.

Mr. Jenkins: Actually, no. The Keyano College is not part of NAIHHL, which includes institutes such as the Nechi Institute, Blue Quills First Nations College, Olds Community College, and Yellow Quill in Manitoba.

The Chairman: Do they focus primarily on indigenous students and on programs for training people to work in indigenous communities?

Mr. Jenkins: Both.

The Chairman: So they are not only indigenous to the First Nations or Aboriginal students, but they are also training people to work in aboriginal communities.

Mr. Jenkins: Yes.

Senator Morin: I going through your material, I was very impressed. I see that you have two Web sites. Your brief mentions a number of research projects on native suicide and family violence. I am wondering if this research been published.

I know yours is a charitable organization. Who supports it?

Ms Ruth Morin, Chief Executive Officer, Nechi Institute: We are less than half government supported by Health Canada and the Alberta Alcohol Drug Abuse Commission. Together, the combined sources form less than half.

Senator Morin: The other half is voluntary?

Ms Morin: We are self-sufficient.

Senator Morin: It is voluntary, or is it through the training program?

Ms Morin: We sell our training programs. We support ourselves because we do not get enough from both of those sources to completely support all of our endeavours.

Senator Morin: I was not aware of that.

I see that you offer several programs, mainly in the field of addiction but in other fields of health promotion as well.

l'Organisation mondiale de la santé doivent être testées. Auriez-vous l'obligeance de bien vouloir expliquer ce commentaire, je ne suis pas certain de l'avoir bien compris.

Mme Rogers: Nous avons inclus la référence.

Le président: Ces citations proviennent de l'OMS?

Mme Rogers: Oui. La deuxième citation est tirée du rapport de l'OMS et la troisième est issue d'un rapport différent.

Le président: Monsieur Jenkins, pourriez-vous me parler un peu de l'association nationale des instituts indigènes pour l'enseignement supérieur? Je n'en ai jamais entendu parler.

Au fait, je pense que le programme que vous avez intitulé à Fort McMurray en fait évidemment partie.

M. Jenkins: En réalité, non. Le collège Keyano ne fait pas partie du NAIHHL, qui inclut des instituts tels que l'institut Nechi, le collège des Premières nations de Blue Quills, Olds Community College et Yellow Quill au Manitoba.

Le président: Se concentrent-ils essentiellement sur les étudiants indigènes et sur les programmes de formation des personnes destinées à travailler au sein de ces collectivités?

M. Jenkins: Les deux.

Le président: Ils ne sont donc pas destinés seulement aux étudiants des Premières nations ou autochtones, mais ils sont également destinés à former le personnel des collectivités autochtones.

M. Jenkins: Oui.

Le sénateur Morin: J'ai été particulièrement impressionné en parcourant votre document. J'ai remarqué que vous aviez deux sites Web. Votre dossier fait référence à plusieurs projets de recherche sur le suicide des indigènes et sur la violence familiale. Je me demande si ces recherches ont été publiées.

Je sais que votre organisme est un organisme caritatif. Par qui est-il financé?

Mme Ruth Morin, présidente-directrice générale, Institut Nechi: Notre organisme est subventionné à moins de la moitié par Santé Canada et par l'Alberta Alcohol Drug Abuse Commission. Ces sources combinées à elles deux constituent moins de la moitié.

Le sénateur Morin: L'autre moitié est-elle constituée de bénévoles?

Mme Morin: Nous sommes autonomes.

Le sénateur Morin: Est-ce volontaire ou est-ce dû au programme de formation?

Mme Morin: Nous vendons nos programmes de formation. Vu que les revenus générés par ces deux sources ne sont pas suffisants pour soutenir complètement toutes nos initiatives, nous devons nous autofinancer.

Le sénateur Morin: Je n'avais pas réalisé cela.

Je constate que vous offrez plusieurs programmes, principalement dans le domaine de la toxicomanie, mais également dans d'autres domaines de promotion de la santé.

Have you ever carried out an evaluation of what you are doing? I know it is not easy, but have you evaluated the number of people who are addicted or the number of patients presenting an emergency? Do you have a handle on whether you are actually effective in changing the situation?

Ms Morin: We are a training institute. We also do research and health promotions. The people we serve are national, so it is hard for us to keep track.

Senator Morin: I know that, but have you seen a change in the First Nations communities? I know it is all anecdotal evidence, but have you seen any evidence of change in the people you train in those communities?

Ms Morin: When we started 27 years ago, the situation with alcohol and drugs was much like the Davis Inlet situation is today. There has been improvement, but we are also the fastest growing population. In addition, in many of our communities about 65 per cent of our population is under age 25 years of age. Today's young people are a different sort, getting into cocaine and more of the hard drugs. Also, they are less and less able to take part in our cultural teachings and traditional methods of healing, so we are seeing an impact.

Because with the impact of the mainstream populations, it is harder for us to convince our kids that our traditional methods are just as good as and, in some cases, superior to mainstream ways of healing.

Senator Morin: Are you are saying that it is more difficult with the younger generation that it was in the past? Is it true to say that in the past the problems were related more to alcohol and that now they are related more to hard drugs?

Ms Morin: Today, there is still a big problem with alcohol, but it is added to by addictions to hard drugs and prescription drugs. That is different than when we started 27 years ago.

Senator Morin: There is still a big problem, then.

Ms Morin: The problem is more multifaceted than it used to be.

Senator Morin: Thank you very much and congratulations — you are doing an excellent job.

Senator LeBreton: My question is for the representatives of the United Church of Canada. One of the concerns that we have heard consistently is the impact on services in rural and remote communities. Witnesses this morning talked about the regionalization of health services. Though you talk about improving the integration of health services, has there been a further deterioration, in your view? Services can be integrated, but if they are not there, it is not going to do much good. What do you see as a solution for rural and remote communities?

Avez-vous déjà eu l'occasion d'effectuer une évaluation de ce que vous faites? Je sais que ce n'est pas aisé, mais par exemple avez-vous évalué le nombre de personnes toxicomanes ou le nombre de patients qui auraient besoin de soins d'urgence? Avez-vous une idée de votre efficacité à modifier la situation?

Mme Morin: Nous sommes un institut de formation. Nous faisons également la promotion de la recherche et de la santé. Les personnes que nous servons se situent à l'échelle nationale, et il nous est difficile de faire un suivi.

Le sénateur Morin: Je suis au courant, mais avez-vous remarqué un changement dans les communautés des Premières nations? Je sais qu'il ne s'agit que d'anecdotes, mais avez-vous remarqué un changement évident chez les personnes que vous formez dans ces collectivités?

Mme Morin: Lorsque nous avons commencé il y a 27 ans, la situation concernant l'alcool et les drogues était très similaire à celle que l'on trouve à Davis Inlet aujourd'hui. Il y a eu quelques améliorations, mais notre population est celle qui s'accroît le plus rapidement. En outre, dans beaucoup de nos collectivités, 65 p. 100 environ de notre population est âgée de moins de 25 ans. Les jeunes d'aujourd'hui sont différents et ils touchent à la cocaïne et aux drogues dures. De plus, ils sont de moins en moins capables de participer à nos enseignements culturels et à nos méthodes de guérison traditionnelles et nous constatons des répercussions importantes.

L'impact des populations conventionnelles étant tel, il nous est plus difficile de convaincre nos enfants que nos méthodes conventionnelles sont tout aussi bonnes, et dans certains cas, même meilleures que les médecines traditionnelles.

Le sénateur Morin: Voulez-vous dire que c'est plus difficile pour les jeunes générations que par le passé? Il est vrai que par le passé, les problèmes étaient dus plus souvent à l'alcool et que maintenant ils sont dus davantage à l'usage des drogues dures?

Mme Morin: De nos jours, il existe toujours un problème important dû à l'alcool, mais l'accoutumance aux drogues dures et aux médicaments vendus sur ordonnance empire la situation. C'est tout à fait différent que lorsque nous avons commencé il y a 27 ans.

Le sénateur Morin: Le problème est toujours crucial, alors.

Mme Morin: Le problème est plus compliqué qu'auparavant.

Le sénateur Morin: Merci beaucoup et toutes mes félicitations — vous faites un excellent travail.

Le sénateur LeBreton: Ma question s'adresse aux représentants de l'Église unie du Canada. L'un des faits préoccupants dont nous entendons parler le plus souvent est l'impact des services dans les collectivités rurales et isolées. Les intervenants ont parlé ce matin de la régionalisation des services de santé. Bien que vous parliez d'améliorer le regroupement des services de santé, à votre avis, l'aggravation a-t-elle été plus importante? Les services peuvent être regroupés, mais s'ils ne sont pas performants, ils ne vont pas améliorer grand chose. Avez-vous une solution pour les collectivités rurales et isolées?

Mr. Kent Harold, Executive of the Alberta and Northwest Conference of the United Church of Canada — Health Advisory Committee: Being involved with the region and having a non-voting seat on the regional board, I am able to observe a number of things. I think that to increase and enhance the health care to people in the more remote regions, we must address the problem of training people from those communities for health care work.

In our region at the present time, for example, there is a program for the training of registered nurses. The majority of the trainees are in their mid-30s, have families, are well established in the communities. Most will very likely stay in those communities.

A program is also being launched to train licensed practical nurses, which I think will be equally successful. There are no dropouts, and the program is in its second year. I see no reason why it would not work in First Nations communities, although I am not familiar with the situation there.

One of the problems with regionalization is that as there is a centralization of specialties, the resources of particular communities are diminished, which makes these communities much less attractive to medical practitioners. Try as we might to get doctors to serve in remote areas, we need an infrastructure and support systems for them to enhance the work that they do.

Young physicians coming out of medical school feel very exposed. Even long-term physicians feel exposed going into communities where they have no backup system, where there are no contemporaries, for example, to share the work. They quickly burn out. This problem must be addressed if we intend to address health care in rural and remote regions.

Senator LeBreton: Working conditions, then, can become a major deterrent to physicians because they are out there on their own.

Mr. Harold: Yes, that is a big part of it. I think we need to look at things like more nurse practitioners. They do operate in the North, of course, but we need to investigate that at a closer level. That is my own opinion. That is not the opinion of the church, particularly, just my own observation.

Senator LeBreton: Would you say, then, that regionalization has exacerbated the problem? I guess I am saying that the problem has become worse since regionalization. Medical professionals have gravitated to larger centres, and rural and remote areas have suffered because of the regionalization of health services.

Mr. Harold: I would have difficulty linking the two without more objective evidence. Certainly, rural areas do have a great deal of difficulty attracting physicians, but I could not say that it is directly connected to regionalization. I think a more definitive

M. Kent Harold, directeur, Alberta and Northwest Conference of the United Church of Canada — Health Advisory Committee: J'ai la possibilité de pouvoir observer certaines choses, étant donné que je participe aux activités de la région et que j'occupe un siège sans droit de vote à la régie régionale. J'estime que pour développer et optimiser les soins de santé prodigués aux personnes qui vivent dans les régions les plus isolées, nous devons former ces personnes qui prodiguent des soins de santé dans ces collectivités.

Pour vous donner un exemple, dans notre région, actuellement, il existe un programme de formation destiné aux infirmières autorisées. La majorité de ces stagiaires ont la trentaine, ont une famille et sont bien établies dans leurs communautés. La plupart d'entre elles y resteront probablement.

Un programme est en train d'être lancé avec pour objectif de former les infirmières auxiliaires autorisées et je pense également qu'il portera ses fruits. Le programme est mis en application depuis deux ans et personne n'abandonne. Bien que je ne connaisse pas vraiment la situation là-bas, je ne vois aucune raison pourquoi il ne serait pas adapté aux collectivités des Premières nations.

L'un des problèmes posé par la régionalisation est que les spécialités sont centralisées, les ressources de ces collectivités sont restreintes, ce qui les rend moins séduisantes aux yeux des médecins qui penseraient y exercer. Afin d'attirer des médecins à exercer dans des régions isolées, nous avons besoin d'une infrastructure et de systèmes de soutien qui leur permettent de perfectionner le travail qu'ils effectuent.

Les jeunes médecins qui sortent de l'école de médecine se sentent très vulnérables. Même les médecins qui exercent depuis longtemps se sentent peu aidés lorsqu'ils vont dans ces communautés dans lesquelles il n'existe pas de structure d'urgence, et il n'y a pas de confrère qui puisse les aider. Ils s'épuisent rapidement. Nous devons régler ce problème au préalable si nous voulons trouver une solution aux soins de santé dans ces régions rurales et isolées.

Le sénateur LeBreton: Les conditions de travail peuvent représenter un facteur particulièrement dissuasif pour les médecins qui doivent exercer seuls et isolés.

M. Harold: Certainement, les conditions de travail sont primordiales. Je pense que nous devons considérer la situation du point de vue des infirmières praticiennes. Elles exercent dans le Nord, bien sûr, mais il nous faut approfondir les recherches. C'est mon opinion, mais ce n'est pas l'opinion de l'église, en particulier, d'après ce que j'ai pu remarquer.

Le sénateur LeBreton: Diriez-vous, alors, que la régionalisation a aggravé le problème? Je veux dire pensez-vous que le problème s'est aggravé depuis la régionalisation. Les professionnels de la santé ont été attirés par des centres plus importants et les régions rurales et isolées ont souffert de la régionalisation des services de santé.

M. Harold: J'éprouve quelques difficultés à établir une analogie entre les deux, sans avoir plus de preuves tangibles. Il est certain que les régions rurales éprouvent beaucoup de difficultés à attirer les médecins, mais il ne m'est pas possible d'affirmer que

study would have to be done to determine that, so I just do not know.

Senator Keon: Mr. Jenkins, with regard to the question of adequate health human resources to deal with your situation, do you, at this point in time, have a strategy for that? Have you thought about how you can educate health professionals, or would you draw from your own communities to educate people so they come back to your communities?

Mr. Jenkins: In terms of an Aboriginal health resource strategy, no. At the Nechi Institute, we try to develop different provincial health initiatives, such as the Alberta Mental Health Board. We are trying to have an impact on the creation of an Aboriginal human resource service and program base. That is a bit of a challenge because the cabinet submission was denied by Alberta Health and Wellness because it had other priorities. That project became less of a priority.

In terms of an overall cross-discipline strategy, there must be collaboration between traditional medicine and mainstream medical health services. I do not think that has been done in any province in Canada, because you have got a proliferation of AIDS service organizations that are becoming little silos.

You probably see something similar with hepatitis C. People who have that disease need specific lobbying efforts because there is a stigma attached to it. Hepatitis is much like the issue of alcoholism 25 or 30 years ago where there was a lot of stigma attached.

I just want to make a quick comment about the rural challenges. You might want to consider mobile treatment providers some 15, 20 years ago in Northern B.C., the Tache Indian reserve experience indicated that mobile treatment for addiction services was a growing concern at that time. I do not know where that service has gone. Maybe it is not supported anymore. I am referring to mobile treatment from a team of medical practitioners who would travel from community to community on a weekly basis as opposed to public health nurses that only do so much. I mean, they are kind of strapped in town, never mind going out to the rural communities.

Ms Morin: And they have to work with the community members in the different communities because they have the knowledge of the community and the people.

For instance, it became apparent to the Alberta Cancer Board that Aboriginal women had increased rates of breast cancer and were dying at a much higher rate than other Canadian women. It was discovered that Aboriginal women were not coming to get mammograms. Why? Part of the reason was due to travel, but there was also a high rate of sexual abuse associated with the

cet état de fait est directement lié à la régionalisation. Je pense qu'il serait nécessaire d'approfondir l'étude avant de pouvoir déterminer si cette relation existe, et dans l'état actuel des choses, je ne sais pas.

Le sénateur Keon: Monsieur Jenkins, en ce qui concerne la question de trouver des ressources humaines en santé adaptées pouvant faire face à votre situation, à ce stade, avez-vous pensé à une stratégie? Avez-vous pensé à la façon dont vous pourriez former les professionnels de la santé, ou pensez-vous pouvoir mettre à contribution vos propres collectivités afin de les former et qu'elles y reviennent ensuite?

M. Jenkins: La réponse est non, en ce qui concerne une stratégie de ressources humaines en santé pour les Autochtones. À l'institut Nechi, nous essayons de développer des initiatives en matière de santé différentes à l'échelle provinciale, comme l'Alberta Mental Health Board. Nous nous efforçons d'influencer la création d'un service de ressources humaines autochtones et d'une base de programmes. Ce qui représente en quelque sorte un défi, vu que la demande d'ouverture d'un cabinet a été refusée par Alberta Health and Wellness dont les priorités étaient différentes. Ce projet a été relégué aux oubliettes.

En ce qui concerne la mise en place d'une stratégie globale multidisciplinaire, il est primordial que la médecine traditionnelle collabore avec les services médicaux et de santé conventionnels. Je pense que cela n'ait jamais été fait dans quelque province que ce soit au Canada, étant donné que nous avons pu remarquer une prolifération d'organismes s'occupant des personnes atteintes du sida et qui se transforment en petites entités isolées.

Vous avez probablement pu remarquer la même situation avec l'hépatite C. Les personnes souffrant de cette maladie vont avoir besoin de beaucoup d'efforts d'influence, étant donné que cette maladie a une connotation de péché. L'hépatite ressemble au problème posé par l'alcoolisme il y a 25 ou 30 ans qui lui-même était relié à une connotation importante de péché.

J'aimerais faire un rapide commentaire sur les défis rencontrés dans les milieux ruraux. Il serait intéressant de prendre en considération les prestataires de traitement mobiles, il y a 15 ou 20 ans dans le Nord de la Colombie-Britannique. L'expérience de la réserve indienne Taché a démontré que le traitement mobile en matière de services de toxicomanie était à ce moment une préoccupation alarmante. Je ne sais pas si ce service existe encore. Il n'est peut-être plus financé. Je fais référence à une équipe de médecins qui se déplace toutes les semaines d'une collectivité à l'autre par opposition aux infirmières CLSC qui font seulement ce qui est en leur pouvoir. Elles sont pour ainsi dire attachées en ville et ne peuvent s'inquiéter de se rendre dans les collectivités rurales.

Mme Morin: Elles doivent également travailler en collaboration avec les membres des différentes collectivités, vu qu'elles connaissent la collectivité et les gens qui y habitent.

Par exemple, l'Alberta Cancer Board a remarqué le taux de cancer du sein chez les femmes autochtones avait augmenté et que le taux de décès était également beaucoup plus élevé que chez les femmes canadiennes. Il a été mis à jour que les femmes autochtones ne se déplaçaient pas pour les mammographies. Pourquoi? L'une des raisons est due au fait qu'elles doivent se

whole residential school thing. Going through the whole process of getting a mammogram was seen as a huge mountain that a lot of people were not willing to climb. However, when a mobile mammogram was brought to the communities and they had lunch and they picked up the ladies and they had child care and things like that, Aboriginal women were more willing to be involved. They liked the safety of their own community, with their own people helping them. The women came, the mammograms were done, and everyone was happier.

Senator Keon: We keep getting the flip side of this idea of increasing the scope of public expenditures, that the panacea for health services should be an effective cost reduction. I think most provincial ministers and deputy ministers are really quite afraid of that. They think increasing the scope of public expenditures will put their costs out of sight. I can see that there might be some efficiencies by pulling private services out in the public that people are paying for now. Extending into that whole area, I think, has intimidated the provincial authorities. What is your comment on that?

Mr. Don Junk, Executive of the Alberta and Northwest Conference of the United Church of Canada — Health Advisory Committee: We think that the total amount being spent on health in Canada as a percentage of GNP is sufficient to accommodate it. However, there are possibilities for efficiencies from single payer models and from the larger ability to contract for pharmaceuticals. I think the National Forum on Health was the one to reach that conclusion, and we are persuaded by those arguments.

Looking at other countries — and we do not have the research that you have — research seems to indicate that within a lower GNP, they can adequately provide this range of coverage for their populations.

Senator Keon: Why do you think nothing has happened since the National Forum on Health reported?

Mr. Junk: I do not know why nothing has happened. For us, there is a certain frustration. Why are we still talking about this when we thought the forum made good recommendations?

The Chairman: Ms Rogers, in your document, you state:

There is no mention in the report of approaches that emphasize informed patient choice, shared decision making and access to information and advice by telephone.

I know why you missed that: It is not in chapter 8. It is, in fact, over in the infrastructure chapter, which is chapter 10. We did discuss the importance of rural and remote communities moving to "telehealth" and a much more system-oriented, rural-based

déplacer, mais le taux d'abus sexuels est également plus élevé, associé à toute cette affaire des écoles résidentielles. Beaucoup de femmes considéraient le fait d'aller subir une mammographie comme une énorme montagne à franchir et nombre d'entre elles n'étaient pas prêtes à faire cet effort qui leur paraissait insurmontable. Toutefois, lorsque l'on apportait un mammographe sur place et qu'elles déjeunaient, qu'elles se réunissaient entre femmes et que les enfants étaient surveillés, alors, les femmes autochtones se sentaient beaucoup plus prédisposées à participer. Elles appréciaient la sécurité de leur propre collectivité, entourées de leur peuple les assistant. Les femmes sont donc venues, les mammographies ont donc pu être effectuées et tout le monde était beaucoup plus heureux.

Le sénateur Keon: Nous continuons à obtenir d'autres sons de cloche en ce qui concerne l'idée d'augmenter les dépenses de l'État, cette solution miracle représenterait une phénoménale réduction des coûts des services de santé. Je pense que la plupart des ministres provinciaux et des sous-ministres sont plutôt effrayés par cette idée. Ils estiment que l'augmentation des dépenses de l'état risque d'augmenter considérablement leurs coûts. Je comprends qu'il puisse y avoir certains avantages à installer dans le public ce que les gens paient aujourd'hui. Les responsables provinciaux ont été quelque peu intimidés par l'ampleur que prenait cette idée. Qu'en pensez-vous?

M. Don Junk, directeur, Alberta and Northwest Conference of the United Church of Canada — Health Advisory Committee: Nous estimons que le montant total des dépenses de santé au Canada en pourcentage du PNB est suffisant pour financer cette idée. Toutefois, il existe des possibilités d'amélioration à partir des modèles à souscripteur unique, qui permettraient également d'augmenter la capacité à contracter des produits pharmaceutiques. Je pense que le Forum national sur la santé est arrivé à cette conclusion et nous sommes convaincus de ces arguments.

Lorsque l'on considère d'autres pays — et nous ne disposons pas des services de recherche que vous avez — il apparaît qu'avec un PNB moins élevé, ils sont en mesure d'offrir à la population ce type de couverture.

Le sénateur Keon: Pourquoi pensez-vous qu'il ne s'est rien passé depuis le rapport du Forum national sur la santé?

M. Junk: J'ignore pourquoi il ne s'est rien passé. De notre côté, nous ressentons une certaine frustration. Pourquoi parlons-nous encore de cela alors que nous pensions que le forum avait émis des recommandations adaptées?

Le président: Madame Rogers, vous déclarez dans votre dossier:

Le rapport ne mentionne nulle part des méthodes permettant de souligner l'importance du choix effectué par un patient bien informé, de la prise de décision concertée et de pouvoir obtenir de l'information et des conseils par téléphone.

Je comprends pour quelle raison vous ne l'avez pas remarqué: il ne se trouve pas au chapitre 8. Vous le trouverez, en fait au chapitre d'infrastructure, qui est le chapitre 10. Nous avons discuté de l'importance de faire passer les communautés rurales et

information system. We strongly support that concept, though not quite in the terminology you have used in your brief. We simply did not put those ideas in the financing chapter.

Mr. Jenkins, we will have a report that will be out next week. It is a background document that focuses on the main cost drivers of the increased cost of the health care system. A substantial section of the report — I mean tens of pages — deals with a number of Aboriginal issues and specifically talks about the AIDS/HIV issue and the addiction issue.

When that report is issued, you may want to just give us a call. After you have read it, you may have some additional thoughts.

Mr. Jenkins, I believe it is true, but I was stunned by your comment that the federal government, as part of its population health strategy, does not have a strategy to deal with addictions other than the addictions program. I guess it is technically called the anti-addictions program of the First Nations and Inuit Health Branch.

I always make assumptions about governments, which turn out to be wrong. I just began with the assumption that given the growing importance of that issue, there would have been a national policy recognizing that service delivery would have to be done at the provincial level. I just thought that this was a national thing. Do you want to make any comment on that?

Mr. Jenkins: We went to the Professional Addictions Conference that the Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission put on about a year ago now. One of the issues raised was the lack of a national addictions agenda. We are trying to manage the National Addictions Awareness Week campaign, and in looking for a public health branch responsible for addictions within Health Canada, there is no one.

The Chairman: I know they are national organizations. There are national anti-alcohol organizations. There are a number of national drug abuse organizations. I am right?

Mr. Jenkins: There is the CCSA, the Canadian Centre on Substance Abuse.

The Chairman: Is that a federal organization?

Mr. Jenkins: It is an arm's-length agency established through an act of Parliament.

The Chairman: So it is not part of the federal government. Thank you for that observation because the lack of a national addictions strategy is a weakness.

isolées au système de «télémédecine» et à accéder à une information beaucoup plus axée sur ce système et concentrée sur les régions rurales. Nous approuvons vigoureusement ce concept, bien que vous ne l'ayez pas présenté en ces termes dans votre mémoire. Nous n'avons tout simplement pas placé ces idées au chapitre traitant du financement.

Monsieur Jenkins, nous publierons un rapport la semaine prochaine. Ce document de synthèse traite principalement des principaux inducteurs de coûts relatifs au système de soins de santé. Une partie importante de ce rapport — en vérité, des dizaines de pages — aborde de nombreuses questions relatives aux Autochtones et traite plus particulièrement les questions relatives au sida/VIH et le problème de la toxicomanie.

À la diffusion de ce rapport, vous pouvez nous téléphoner. Une fois que vous en avez pris connaissance, vous pourrez avoir quelques nouvelles idées.

Monsieur Jenkins, je ne mets pas en doute la véracité de votre commentaire qui m'a toutefois abasourdi, comme quoi la stratégie d'amélioration de la santé de la population du gouvernement fédéral ne comprend pas d'autre stratégie s'appliquant à la toxicomanie, que ce programme relatif à la toxicomanie. Je suppose qu'il s'appelle techniquement le programme antitoxicomanie de la direction des services de santé des Premières nations et des Inuits.

J'émet toujours des hypothèses concernant les gouvernements qui s'avèrent fausses par la suite. Vu l'importance toujours plus grande donnée à ce problème, je viens d'émettre l'hypothèse qu'il aurait du y avoir une politique à l'échelle nationale qui reconnaisse que la prestation des services devrait être effectuée au niveau provincial. Je viens de penser qu'il s'agissait d'une préoccupation à l'échelle nationale. Pouvez-vous faire quelques commentaires à ce sujet?

M. Jenkins: Nous avons assisté à la conférence sur la toxicomanie pour les professionnels, présentée il y a un an par l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission. Le manque d'un programme national dans le cadre de la toxicomanie est l'un des problèmes qui a été évoqué. Nous nous efforçons de diriger la campagne de la Semaine nationale de sensibilisation aux toxicomanies, et si nous cherchons une direction de la santé publique, qui soit responsable de la toxicomanie au sein de Santé Canada, nous ne trouvons personne.

Le président: Je sais qu'il existe des organismes nationaux. Il y a des organismes nationaux contre l'alcoolisme. Il existe de nombreux organismes nationaux anti-drogue. Ai-je raison?

M. Jenkins: Il y a le CCLAT, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Le président: Est-ce un organisme fédéral?

M. Jenkins: Il s'agit d'une agence indépendante qui a été établie par une loi du Parlement.

Le président: Elle ne fait donc pas partie du gouvernement fédéral. Je vous remercie pour cette observation, car ce manque de stratégie à l'échelle nationale, en matière de toxicomanie est vraiment une faiblesse.

Senators, we have one walk-on witness this afternoon. Mr. Noel Somerville is a retired teacher.

Mr. Noel Somerville: Senators, my interest in reading Volume 4 of your report was sparked by reading a quote from *The Toronto Star* in which your chairman was quoted as asking the following question: Is it just in a democratic society that government should ration the supply of health care services by constraining health care budgets and simultaneously denying Canadians the right to buy the services in Canada?

I was intrigued by that question and started to wonder: Where does the injustice lie? Does the injustice lie in preventing us from buying the services, or does the injustice lie in constraining budgets so that the services which were supposedly guaranteed in legislation are not available to people?

The Chairman: Exactly. That is why we asked the question that way.

Mr. Somerville: That is right. I appreciate your candour in stating it the way that it was stated.

As I thought about that, I was struck by a number of parallels between what has happened in health care and what has happened in the field of my expertise, which is education. There are a great number of parallels starting with the constraining of budgets, of course, the fallout from which has been the movement to alternative programs and the movement toward privatization.

In Alberta, while allocations for public education have been reduced, the allocations for private schools and independent schools have gone up by 50 per cent in that same period. As a result, there has been a huge movement toward private schools. Private schools talk about a tripling of their enrolments in the last few years because of the availability of larger amounts of public funding and the fact that parents no longer have to pay high additional fees to access those schools as they did before.

Even within the public system, we see the proliferation of all of these alternative programs of choice. We see charter schools coming into the public system. The thing I want to point out is that there is a cost for all of that. The basic premise of public education was equality of educational opportunity for all children. That concept goes back at least a century. The idea was that it was of benefit to society if we gave equal opportunity to all children.

I think a very symbolic principle was initially intended to be built into the Canada Health Act — that is, equality of opportunity. I also think that many of the options you are looking at today will do what they have done in education: They have made wealth and poverty self-perpetuating because those who can afford it get the better service. Their children get an advantage. I can understand that. Those who cannot afford it, or those who do

Mesdames et messieurs les sénateurs, un intervenant surprise nous rend visite cet après-midi: M. Noel Somerville est un professeur à la retraite.

M. Noel Somerville: Mesdames et messieurs les sénateurs, en lisant le volume 4 de votre rapport, il était mentionné dans le journal *The Toronto Star* que votre président posait la question suivante, ce qui a éveillé mon attention: Est-ce uniquement dans une société démocratique que le gouvernement rationne la fourniture de services de santé en restreignant les budgets alloués aux soins de santé et en refusant aux Canadiens le droit d'acheter ces services au Canada?

J'ai été intrigué par cette question et j'ai commencé à me demander: à quel niveau se situe l'injustice? Peut-on parler d'injustice lorsque l'on nous empêche d'acheter des services ou y a-t-il injustice lorsque l'on restreint les budgets de sorte que les services qui étaient théoriquement garantis par la législation ne sont plus disponibles au public?

Le président: Exactement. C'est pourquoi nous avons posé la question de cette façon.

M. Somerville: Vous avez raison. J'apprécie votre sincérité et la façon dont vous faites vos déclarations.

Tout en pensant à cela, j'ai été frappé par le nombre de similitudes qui existent entre ce qui s'est passé dans le domaine des soins de santé et ce qui s'est passé dans le domaine de l'éducation duquel j'ai l'expérience. Il y a bon nombre de similitudes comme la restriction des budgets, bien sûr, qui a eu pour conséquence d'accélérer la création de programmes de remplacement ainsi que la privatisation.

En Alberta, alors que les allocations destinées à l'éducation du public ont été réduites, les allocations destinées aux écoles privées et aux écoles indépendantes ont augmenté de 50 p. 100 pour la même période. Ce qui a provoqué en conséquence une grande migration vers les écoles privées. Les écoles privées ont annoncé que les inscriptions avaient triplé au cours des dernières années, ce qui est dû à la disponibilité de financements gouvernementaux plus importants et au fait que les parents n'ont plus à payer des frais supplémentaires pour accéder à ces écoles comme auparavant.

Nous remarquons également dans le système public, une prolifération de tous ces programmes de remplacement parmi lesquels il est possible de choisir. Nous voyons maintenant des écoles à mandat rejoindre le système public. Je désire faire remarquer que tout cela génère des coûts. L'égalité d'enseignement offerte à tous les enfants était le principe de base de l'éducation publique. Ce concept remonte au siècle dernier. Nous pensions que si tous les enfants jouissaient d'une égalité à l'éducation, la société en bénéficierait.

La Loi canadienne sur la santé avait pour projet initial d'élaborer un tel principe symbolique — c'est-à-dire l'égalité des chances. J'estime également que les nombreuses options que vous envisagez aujourd'hui auront le même effet que dans le domaine de l'éducation: elles ont contribué à engendrer d'elles-mêmes la richesse et la pauvreté, puisque les personnes qui ne disposent pas de moyens financiers suffisants peuvent se permettre d'accéder

not care, do not get that service and their children suffer. I care about that.

We must maintain some sort of equity in the system. I notice that you gave very strong support to what you call the four patient-oriented principles of the Canada Health Act. You were somewhat more equivocal about public administration. I think public administration is crucial to preserving the whole notion of equality in the system.

I will close with something that came to my mind quite recently. It was a line by Winston Churchill, who said, "I was not elected to preside over the dissolution of the British Empire." I hope, ladies and gentlemen, that you do not feel you are in a position where you will have to preside over the dissolution of Canada's health care system.

The Chairman: I will say that I had never thought about the analogy to education. I think that it is a profound insight. This is exactly why I like to hear from walk-on witnesses at the end of a day. It is amazing what one can learn from a very common sense point of view.

Senator Roche: It is a great pity, Mr. Chairman, that we have no time for questions.

The Chairman: We will read your brief, Mr. Somerville. Thank you very much.

The committee adjourned.

aux services les meilleurs. Leurs enfants sont avantagés dès le départ. Je comprends tout à fait cela. En revanche, les personnes qui ne peuvent se le permettre, ou celles qui n'en font pas cas, ne peuvent obtenir ce service et leurs enfants en souffrent, et j'en suis peiné.

Il nous faut maintenir une sorte d'équité dans le système. Je remarque que vous avez énergiquement soutenu ce que vous appelez les quatre principes axés sur le patient énoncés dans la Loi canadienne sur la santé. Vous êtes restés par contre plus équivoques en ce qui concerne l'administration publique. Je crois que l'administration publique a un rôle crucial à jouer pour préserver le concept intégral de l'égalité dans le système lui-même.

Je conclurai par une idée qui m'est venue à l'esprit, il n'y a pas très longtemps. C'est une citation de Winston Churchill, qui déclare: «Je n'ai pas été élu pour assurer la présidence de la dissolution de l'Empire britannique.» J'espère, mesdames et messieurs que vous ne vous sentez pas obligés d'assurer la présidence de la dissolution du système de soins de santé canadien.

Le président: Je dois dire que je n'ai jamais fait le parallèle avec le domaine de l'éducation. Je pense que c'est très perspicace. C'est exactement ce que j'aime entendre de la part d'un intervenant surprise à la fin de la journée. C'est fou ce que l'on peut apprendre en écoutant un avis particulièrement sensé.

Le sénateur Roche: Il est vraiment dommage, monsieur le président que nous n'ayons pas le temps de poser des questions.

Le président: Nous prendrons plaisir à lire votre exposé, monsieur Somerville. Merci infiniment.

La séance est levée.

As an individual:

Kevin Taft, Member of the Legislative Assembly of Alberta.

From the Western Canada Waiting List Project:

John McGurran, Project Director.

From the Primary Care Initiative:

Dr. June Bergman.

From the Alberta Consumers Association:

Wendy Armstrong.

From the Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada:

George Arès, President.

From the National Advisory Council on Aging:

Pat Raymaker, Chairperson.

From the Alberta Council on Aging:

Neil Reimer, Secretary/Treasurer.

From the Nechi Institute:

Richard Jenkins, Director of Marketing and Health Promotion;

Ruth Morin, Chief Executive Officer.

From the Executive of the Alberta and Northwest Conference of the United Church of Canada — Health Advisory Committee:

Louise Rogers;

Kent Harold;

Don Junk.

As a walk-on:

Noel Somerville.

À titre personnel:

Kevin Taft, député, Assemblée législative de l'Alberta.

Du Western Canada Waiting List Project:

John McGurran, directeur de projets.

De Primary Care Initiative:

La Dre June Bergman.

De l'Alberta Consumers Association:

Wendy Armstrong.

De la Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada:

George Arès, président.

Du Conseil consultatif national sur le troisième âge:

Pat Raymaker, présidente.

De l'Alberta Council on Aging:

Neil Reimer, secrétaire-trésorier.

Du Nechi Institute:

Richard Jenkins, directeur de la commercialisation et de la promotion de la santé;

Ruth Morin, présidente-directrice générale.

De l'Executive of the Alberta and Northwest Conference of the United Church of Canada — Health Advisory Committee:

Louise Rogers;

Kent Harold;

Don Junk.

Témoignage libre:

Noel Somerville



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada —
Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —
Édition
45 Boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Premier's Advisory Council on Health (Alberta):

The Hon. Don Mazankowski, Chair;
Peggy Garritty.

From the Department of Health and Social Services (Nunavut):

The Hon. Edward Picco, Minister.

From the Calgary Health Region:

Jack Davis, CEO.

From the Capital Health Authority:

Sheila Weatherill, President and CEO.

From the Canadian Practical Nurses Association:

Pat Fredrickson, President.

From the University of Alberta — Faculty of Nursing:

Dr. Donna Wilson.

From the Health Sciences Association of Alberta:

Elisabeth Ballerman, President.

From the Alberta Association of Registered Nurses:

Sharon Richardson, President.

From the United Nurses of Alberta:

Heather Smith, President.

From the Friends of Medicare:

Christine Burdett, Provincial Chair;
Tammy Horne, Member.

(Continued on previous page)

Du Premier's Advisory Council on Health (Alberta):

L'honorable Don Mazankowski, président;
Peggy Garritty.

Du Ministère de la Santé et des Services sociaux (Nunavut):

L'honorable Edward Picco, ministre.

De la Calgary Health Region:

Jack Davis, président-directeur général.

Du Capital Health Authority:

Sheila Weatherill, présidente-directrice générale.

De la Canadian Practical Nurses Association:

Pat Fredrickson, présidente.

De l'Université de l'Alberta — Faculté des soins infirmiers:

La Dre Donna Wilson.

De la Health Sciences Association of Alberta:

Elisabeth Ballerman, présidente.

De l'Alberta Association of Registered Nurses:

Sharon Richardson, présidente.

De United Nurses of Alberta:

Heather Smith, présidente.

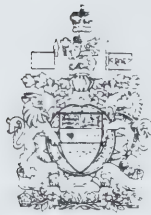
De Friends of Medicare:

Christine Burdett, présidente provinciale;
Tammy Horne, membre.

(Suite à la page précédente)

26
51

Parliamentary



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001

Première session de la
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Thursday, October 18, 2001

Le jeudi 18 octobre 2001

Issue No. 33

Fascicule n° 33

Twenty-eighth meeting on:
The state of the health care system in Canada

Vingt-huitième réunion concernant:
L'état du système de soins de santé au Canada

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck

Carney, P.C.

* Carstairs, P.C.

(or Robichaud, P.C.)

Cook

Cordy

Fairbairn, P.C.

Keon

* Lynch-Staunton

(or Kinsella)

Morin

Pépin

Robertson

Roche

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck

Carney, c.p.

* Carstairs, c.p.

(ou Robichaud, c.p.)

Cook

Cordy

Fairbairn, c.p.

Keon

* Lynch-Staunton

(ou Kinsella)

Morin

Pépin

Robertson

Roche

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

MINUTES OF PROCEEDINGS

VANCOUVER, Thursday, October 18, 2001

(37)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in the Mackenzie I Room, The Fairmont Waterfront Hotel, Vancouver, British Columbia, at 9:02 a.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carney, P.C., Keon, Kirby, LeBreton, Morin, and Roche (6).

Other senators present: The Honourable Senators Lawson and St. Germain, P.C. (2).

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No.2.*)

WITNESSES:

From the Saskatchewan Committee on Medicare:

Ken Fyke, former Chair.

From the Tommy Douglas Research Institute:

Dave Barrett, Chair:

Marc Eliesen, Co-Chair.

From the Market-Media International Corporation:

Joan Gadsby, President.

From the University of British Columbia — Family Practice, Residency Program:

Dr. J. Galt Wilson, Program Director — Prince George Site.

From the University of British Columbia:

Dr. John A. Cairns, Dean of Medicine:

Dr. Joanna Bates, Associate Dean, Admissions.

From the Health Professions Council:

Dianne Tingey, Member:

Gerry Fahey, Executive Director.

From the Cambie Surgery Centre:

Dr. Brian Day, Founder.

As an individual:

Cynthia Ramsay, Health Economist.

From the Health Association of British Columbia:

Lorraine Grant, Chair of the Board of Directors:

Lisa Kallstrom, Executive Director.

PROCÈS-VERBAL

VANCOUVER, le jeudi 18 octobre 2001

(37)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 h 02, dans la salle Mackenzie I, The Fairmont Waterfront Hotel, Vancouver, Colombie-Britannique, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Carney, c.p., Keon, Kirby, LeBreton, Morin et Roche (6).

Autres sénateurs présents: Les honorables sénateurs Lawson et St. Germain, c.p. (2).

Également présente: De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement, Odette Madore.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son étude spéciale de l'état du système de soins de santé au Canada. (*Pour le texte intégral de l'ordre de renvoi, voir les Délibérations du comité, fascicule n° 2.*)

TÉMOINS:

Du Saskatchewan Committee on Medicare:

Ken Fyke, président sortant.

Du Tommy Douglas Research Institute:

Dave Barrett, président:

Marc Eliesen, coprésident.

De la Market-Media International Corporation:

Joan Gadsby, présidente.

De l'Université de la Colombie-Britannique — Médecine familiale, Programme de résidence:

Dr J. Galt Wilson, directeur des programmes — Site Prince George.

De l'Université de la Colombie-Britannique:

Dr John A. Cairns, doyen de la médecine:

Dre Joanna Bates, doyenne associée, Admissions.

Du Conseil des professions de la santé:

Dianne Tingey, membre:

Gerry Fahey, directeur exécutif.

Du Cambie Surgery Centre:

Dr Brian Day, fondateur.

À titre personnel:

Cynthia Ramsay, économiste de la santé.

De la Health Association of British Columbia:

Lorraine Grant, présidente du conseil d'administration:

Lisa Kallstrom, directrice générale.

From the University of British Columbia:

Professor John H. V. Gilbert, Coordinator of Health Sciences.

From the University of British Columbia — Vancouver Hospital and Health Sciences Centre:

Professor Charles Wright, Centre for Clinical Epidemiology and Evaluation.

From the University of British Columbia — Centre for Health Services and Policy Research:

Professor Barbara Mintzes.

From the Professional Association of Residents of British Columbia:

Dr. Kristina Sharma.

The Chairman made a statement. Mr. Fyke made a statement and answered questions.

The Chairman made a statement. Mr. Barrett made a statement, and together with Mr. Elieson, answered questions.

The Chairman made a statement. Ms Gadsby made a statement and answered questions.

At 11:50 a.m., the sitting was suspended.

At 1:04 p.m., the sitting was resumed.

The Chairman made a statement. Dr. Wilson made a statement. Dr. Cairns made a statement. Dr. Bates made a statement. Ms Tingey made a statement. Mr. Fahey made a statement. The witnesses answered questions.

The Chairman made a statement. Dr. Day made a statement and answered questions.

The Chairman made a statement. Ms Grant made a statement. Ms Ramsey made a statement. The witnesses answered questions.

The Chairman made a statement. Professor Gilbert made a statement. Dr. Sharma made a statement. Professor Mintzes made a statement. Dr. Wright made a statement. The witnesses answered questions.

At 5:40 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

De l'Université de la Colombie-Britannique:

Professeur John H.V. Gilbert, coordonnateur des sciences de la santé.

De l'Université de la Colombie-Britannique — Vancouver Hospital and Health Sciences Centre:

Professeur Charles Wright, Centre for Clinical Epidemiology and Evaluation.

De l'Université de la Colombie-Britannique — Centre for Health Services and Policy Research:

Professeure Barbara Mintzes.

De la Professional Association of Residents of British Columbia:

Dre Kristina Sharma.

Le président fait une déclaration. M. Fyke fait une déclaration et répond aux questions.

Le président fait une déclaration. M. Barrett fait une déclaration, et avec l'aide de M. Elieson, répond aux questions.

Le président fait une déclaration. Mme Gadsby fait une déclaration et répond aux questions.

À 11 h 50, la séance est suspendue.

À 13 h 04, la séance reprend.

Le président fait une déclaration. Le Dr Wilson fait une déclaration. Le Dr Cairns fait une déclaration. La Dre Bates fait une déclaration. Mme Tingey fait une déclaration. M. Fahey fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

Le président fait une déclaration. Le Dr Day fait une déclaration et répond aux questions.

Le président fait une déclaration. Mme Grant fait une déclaration. Mme Ramsey fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

Le président fait une déclaration. Le professeur Gilbert fait une déclaration. La Dre Sharma fait une déclaration. La professeure Mintzes fait une déclaration. Le docteur Wright fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

À 17 h 40, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

VANCOUVER, Thursday, October 18, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9:02 a.m. to examine the state of the health care system in Canada.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: Honourable senators, our first witness this morning is Mr. Ken Fyke, the former Chair of the Commission on Medicare in Saskatchewan. Mr. Fyke is well known to a lot of people who have been around the medical industry for a long time because of positions he has held as deputy minister in both Saskatchewan and British Columbia.

We are delighted to have you with us this morning, Mr. Fyke.

Mr. Ken Fyke, Former Chair, Commission on Medicare, Saskatchewan: Thank you, honourable senators. It is a pleasure to be here this morning. I would like to clarify that I will be speaking this morning as a private citizen. While I will be pleased to answer questions in regard to the commission report, I am not speaking on behalf of the government of Saskatchewan in any way, shape or form.

I appreciate this opportunity. I want to congratulate you for your extensive review and the important issues that you have identified in your report. I am sure your report will make a major contribution to the development of policies that will ensure that health services meet the emerging needs of Canadians.

The current problems are complex and they will not be solved with simplistic answers. Medicare is very important to Canadians. It has become the symbol of our country's sense of fairness and concern for others. Notwithstanding its popularity and support, Canadians feel it is not working as well as it should. I read your report with great interest and appreciation for the work that you have done. Today, I will limit my remarks to a general comment on the basic principals of publicly funded health services and to some selected issues in your report. I would be happy to answer any questions after that.

I agree that the health care sector must be prepared to transform itself into a 21st century service industry instead of remaining mired in a 19th century structure. To accomplish this transformation, we need to redefine our vision, change the culture and realign the incentives. The current challenges in our publicly funded health care services — or medicare, as it has become known to all Canadians — are not the result of the principles of public health insurance. In an address to members of the Vancouver Board of Trade, Mr. Charles Bailey, Chairman and CEO of the Toronto-Dominion Bank said that it is high time that the private sector went on the record to make the case that Canada's health system is an economic asset, not a burden. He further stated that moving away from a single payer publicly

TÉMOIGNAGES

VANCOUVER, le jeudi 18 octobre 2001

Le Comité permanent du Sénat sur les affaires sociales, les sciences et la technologie s'est réuni aujourd'hui à 9 h 02 afin d'examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Honorables sénateurs, notre premier témoin ce matin est M. Ken Fyke, ancien président de la Commission de l'assurance-maladie de la Saskatchewan. M. Fyke est bien connu de beaucoup de gens qui ont été actifs dans le domaine médical depuis de nombreuses années en raison des postes qu'il a occupés comme sous-ministre en Saskatchewan et en Colombie-Britannique.

Nous sommes heureux de vous accueillir parmi nous ce matin, M. Fyke.

M. Ken Fyke, président sortant, Saskatchewan Committee on Medicare: Merci, honorables sénateurs. C'est un plaisir d'être ici ce matin. Je vous fais remarquer que je m'adresse à vous ce matin en qualité de citoyen privé. Je serai heureux de répondre à des questions sur le rapport de la commission, mais je ne parle pas au nom du gouvernement de la Saskatchewan de quelque façon que ce soit.

J'apprécie cette occasion. Je désire vous féliciter pour votre l'exhaustivité de votre examen et les questions importantes que vous avez identifiées dans votre rapport. Je suis certain que votre rapport apportera une contribution majeure au développement des politiques qui assureront que les services de santé répondent aux besoins émergents des Canadiens.

Les problèmes actuels sont complexes et ils ne seront pas résolus avec des réponses simplistes. L'assurance-maladie est très importante pour les Canadiens. Elle est devenue le symbole de notre sens de l'équité et de la préoccupation à l'égard d'autrui. Malgré sa popularité et le soutien qu'ils lui accordent, les Canadiens estiment qu'elle ne fonctionne pas aussi bien qu'elle le devrait. J'ai lu votre rapport avec grand intérêt et beaucoup d'appréciation pour le travail que vous avez fait. Aujourd'hui, je limiterai mes remarques à des commentaires généraux sur les principes de base des services de soins de santé financés par les fonds publics et à certains éléments de votre rapport. Je serai heureux de répondre par la suite à toutes vos questions.

Je suis d'accord que le secteur de la santé doit être prêt à se transformer en industrie de service du XXI^e siècle plutôt que de rester sclérosé dans une structure du XIX^e siècle. Pour réussir cette transformation, nous devons redéfinir notre vision, changer la culture et redéployer les incitatifs. Les défis actuels de nos services de soins de santé financés par des fonds publics — l'assurance-maladie, comme l'appellent les Canadiens — ne sont pas le résultat des principes de base de l'assurance-maladie publique. Dans un discours aux membres de la Chambre de commerce de Vancouver, M. Charles Bailey, président-directeur général de la Banque Toronto-Dominion, disait qu'il est grand temps que le secteur privé prenne position, et soutenait que le système de santé canadien est un actif économique, non une

funded system might cost government less but it would surely cost the country more.

Our challenges stem from our inability to focus on the real problems, act on the root causes and implement change. We need a fundamental rethinking of how we define, organize, and pay for success. Although the evidence demonstrates that a single payer public health insurance provides equity and cost control, the challenges must be met for it to remain sustainable and affordable. Medicare, as it is currently organized, is no longer equipped to deal with the present or emerging health needs of our society. Since the Lalonde report was released in 1974, we have known that health care is only one factor contributing to a healthy society and to have a healthy economy this country needs a healthy society.

Currently the provincial health care budgets are approaching 40 per cent of their total government expenditures and in some provinces exceeding 40 per cent. Health care is crowding out other programs, like education, that are also important to a healthy society. One finance minister told me his health colleague comes to the cabinet table and eats everyone else's lunch. This concern was addressed in July of 2001 by the Conference Board of Canada with the conclusion that governments must spend less on health care and more on education, research, innovation and job training.

A fundamental issue that has confronted us since the beginning is how to pay for what we want and not pay for what we do not want. This is not a question of private or public payment. It is a question about paying for appropriate services. It may not have been important at the beginning when medicare services were not as complex as they are today and society's main issues were infectious diseases and other acute illnesses. But today health services must address chronic and terminal conditions as well as acute services that involve complex technology along with a wide range of health professionals to provide appropriate prevention, treatment and maintenance.

The evidence is persuasive that today we focus too much on providing health care rather than achieving health. We focus too much on volumes rather than quality. I define quality as minimizing misuse, overuse, and under-use of services. In our quest for volume, work performed is work paid for, whether it results in improved health of the population or the client. We fail to measure, monitor or manage health. Rather, we focus on providing more and more health care.

charge. Il a également déclaré que s'éloigner d'un système de financement public soutenu par un seul payeur pourrait s'avérer moins coûteux pour le gouvernement, mais coûterait sûrement davantage au pays.

Nos défis proviennent de notre incapacité à nous concentrer sur les problèmes réels, à agir sur les causes premières et à mettre en oeuvre les changements. Nous avons besoin d'une nouvelle réflexion fondamentale sur la manière de définir, d'organiser et de récompenser le succès. Bien que les faits démontrent qu'une assurance-maladie publique à un seul payeur assure l'équité et le contrôle des coûts, les défis doivent être relevés pour que ce système demeure abordable et soutenable. L'assurance-maladie, telle que présentement organisée, n'est plus en mesure de répondre aux besoins en santé actuels ou émergents de notre société. Depuis la publication du rapport Lalonde en 1974, nous savons que les soins de santé ne sont qu'un facteur contributif à une société en santé et pour que ce pays jouisse d'une saine économie, il a besoin d'une société en santé.

Actuellement les budgets provinciaux de soins de santé approchent 40 p. 100 de toutes les dépenses gouvernementales et dans certaines provinces ce pourcentage excède 40 p. 100. Les soins de santé ne laissent pas place à d'autres programmes, comme l'éducation, qui sont aussi importants pour une société saine. Un ministre des finances m'a dit que son collègue du secteur de la santé se présente à la table du cabinet et consomme le repas de tous les autres. Cette préoccupation a fait l'objet d'une étude du Conference Board of Canada qui conclut que le gouvernement doit dépenser moins en soins de santé et davantage en éducation, en recherche, en innovation et en formation au travail.

Une question fondamentale à laquelle nous faisons face depuis le début est comment payer pour ce que nous désirons, et ne pas payer pour ce que nous ne désirons pas. Il ne s'agit pas de paiement par le secteur privé ou public. Il s'agit de payer pour les services appropriés. Ce n'était peut être pas important au début, lorsque les services de l'assurance-maladie n'étaient pas aussi complexes qu'aujourd'hui et que les questions principales de la société étaient les maladies contagieuses et autres maladies aiguës. Mais aujourd'hui, les services de soins de santé doivent répondre à des états chroniques et terminaux, ainsi qu'à des services de soins intensifs mettant en jeu des technologies complexes et un large éventail de professionnels de la santé pour fournir des soins préventifs, des traitements et des suivis appropriés.

La preuve est convaincante à l'effet qu'aujourd'hui, nous concentrons beaucoup trop sur la fourniture de soins de santé plutôt que sur la bonne santé. Nous concentrons beaucoup trop sur le volume au détriment de la qualité. Je définis la qualité comme la minimisation du mauvais usage, de la surconsommation et de la sous-consommation de services. Dans notre quête du volume, un travail accompli est un travail rémunéré, qu'il en résulte ou non une amélioration de la santé de la population ou du client. Nous ne mesurons pas, ne contrôlons pas ou ne gérons pas la santé. En revanche, nous concentrons de plus en plus sur la fourniture des soins de santé.

While I was studying the health services in the province of Saskatchewan, I heard heartbreaking stories from physicians, nurses and the public about poor quality. I want to convey to you today the profound wisdom of one nurse from Prince Albert, Saskatchewan, who summarized her observations from many years of nursing. She said that today, "We do because we can, not because we should." Her plea, shared by many others, is to stop doing the unnecessary and frequently inhumane procedures and do only what is appropriate to improve the health of the client. We need to replace the culture of silence with a culture of safety and quality. We must stop fearing the truth and seek answers on how quality and safety can be improved. We need to move away from the culture of blaming. This is not a question of who is to blame, it is a question of what is to blame. As long as we regard quality problems as sources of embarrassment, we will continue to have accusers and defenders.

I wish to comment on the need to consider the issue of user fees with great care. Medicare is more than services rendered by physicians and hospitals. Pharmaceuticals and home care are two services that are critical today to the smooth functioning of an up-to-date health service. Today these services do not enjoy the privileged position of being included in the Canada Health Act, although they are not prohibited either. We currently have substantial user fees in both of these services for some citizens, and this has certainly not dampened the cost escalation of drugs. The user fees in home services, as we move patients from the hospital to acute care in the home are a major burden to many and are compromising the principle of comprehensiveness under the Canada Health Act. I have only seen two arguments advanced to defend the concept of user fees: to increase revenue, and to decrease the demand through more responsible choice. User fees do a very poor job of achieving either. Before we extend the application of user fees, let us ensure we are solving the root problems.

My final comments relate to the statements on page 50 in your report, where you refer to two schools of thought about whether new financing sources are needed to make the health care system sustainable. You characterize the first as one of operating in a system with a cultural efficiency and effectiveness, and you appear to minimize this approach because there is no evidence as to the amount of money that could be saved. This may be partially accurate. However, there is ample research evidence to demonstrate practices in which drugs are over-prescribed, diagnostic tests are duplicated, surgical intervention rates vary enormously across this country, and providers, physicians and nurses and others, globally providers are not fully using their skills.

Lorsque j'étudiais les services de santé dans la province de Saskatchewan, j'ai entendu des histoires qui brisent le coeur de la part de médecins, d'infirmières et du public au sujet de la piètre qualité du service. Je désire vous faire part aujourd'hui de la profonde sagesse d'une infirmière de Prince-Albert, Saskatchewan, qui résumait ses observations de plusieurs années de soins infirmiers. Elle disait qu'aujourd'hui: «Nous le faisons parce que nous pouvons le faire, et non parce que nous devons le faire». Sa plaidoirie, partagée par plusieurs autres, est d'arrêter de faire ce qui ne s'avère pas nécessaire et d'administrer des protocoles souvent inhumains, et de ne faire que ce qui est approprié pour améliorer la santé du patient. Nous devons remplacer la culture du silence par celle de la sécurité et de la qualité. Nous devons arrêter de craindre la vérité et rechercher des réponses sur la manière d'améliorer la qualité et la sécurité. Nous devons abandonner l'attitude qui consiste à chercher des coupables. Il ne s'agit pas de savoir qui il faut blâmer, mais ce qui est à blâmer. Aussi longtemps que nous considérerons les problèmes de qualité comme une source d'embarras, nous continuerons à avoir des accusateurs et des défenseurs.

Je désire insister sur la nécessité d'examiner très attentivement la question des frais d'utilisation. L'assurance-maladie est plus qu'un service rendu par des médecins et des hôpitaux. Les produits pharmaceutiques et les soins à domicile sont deux services qui sont aujourd'hui essentiels au bon fonctionnement d'un service de santé moderne. Aujourd'hui, ces services n'ont pas l'avantage d'être compris dans la Loi canadienne sur la santé, bien qu'ils ne soient pas interdits non plus. Nous avons actuellement des frais d'utilisation substantiels dans chacun de ces services pour certains citoyens, et cela n'a pas été amoindri par l'escalade du coût des médicaments. Ces frais d'utilisation pour les services à domicile, alors que nous déplaçons des patients de l'hôpital pour des soins intensifs à domicile sont un fardeau majeur pour plusieurs, et compromettent le principe d'inclusion ou d'universalité en vertu de la Loi canadienne sur la santé. Je n'ai entendu que deux arguments pour défendre le concept de frais d'utilisation: l'augmentation des revenus et la diminution de la demande en raison de choix plus responsables. Les frais d'utilisation ne servent aucun de ces deux buts. Avant d'augmenter les frais d'utilisation, assurons-nous de résoudre les problèmes fondamentaux à la racine.

Mon commentaire final a trait aux énoncés à la page 50 de votre rapport, où vous réferez à deux écoles de pensée, quant à savoir si de nouvelles sources de financement sont requises pour rendre le système de soins de santé soutenable. Vous décrivez la première école comme privilégiant un système où priment le rendement et l'efficacité et semblez la minimiser parce qu'il n'existe aucune preuve des économies réalisables. C'est peut-être en partie vrai. Toutefois, il ressort de nombreuses recherches que, dans l'ensemble du pays, des médicaments sont surprescrits, des tests de diagnostic sont faits en double, les taux d'interventions chirurgicales varient énormément et que les fournisseurs, médecins, infirmières et autres, l'ensemble des fournisseurs des soins de santé, n'utilisent pas à fond leurs compétences.

The second school of thought that the health system needs more money is, in my findings, much more questionable. If the system needs more money, it means one of two things: either the workers are not being paid enough, and if this is the case, increasing funding will not increase services, or, alternatively, under-funding means that there is not enough volume of the services to meet the required need. If this is the case, it means that all current services are useful and necessary, but there is clear evidence that many current services are neither useful nor necessary.

Also, consider that the problem has been defined as a revenue problem for many years in this country — since medicare's inception. The word "crisis" has fuelled the political rhetoric and has been prominent in the vocabulary of health care providers and in the media. The usual response of governments has been to add more money. Enormous amounts have been added in just the past few years, yet dissatisfaction with the system remains high, headlines are the same year after year.

I have concluded that doing the same thing repeatedly will not produce different results. Experience shows that adding money without changing the culture and improving what and how we do things provides only temporary relief. Why? The problem is not one of revenue. It is one of value for money and expenditures.

We need to address expenditures with a new strategy that focusses on achieving health and a culture preventing what is preventable, treating what is treatable, and abandoning the pursuit of the unachievable. While medicare is not sustainable — I repeat, in my opinion medicare is not sustainable as it is currently organized — I am not advocating that the current expenditures be frozen. I am advocating that all future increases go towards buying change and beginning the journey to measure, monitor and manage the service. Then and only then will we be able to determine whether the system is under funded. We will then make the decision based on evidence rather than anecdote, opinion, and self-interested rhetoric.

In summary, change is required as to how we organize pay and define success in Canada's health services. Money alone without a commitment to quality will not solve the current challenges. The real problems must be defined and solved with real solutions. With additional funds we need to buy change. The quality problems we are experiencing are not the fault of providers. Our providers are working in a system that is ill designed to provide quality service in a complex environment. Fixing these design flaws requires a concerted effort, very strong leadership, and investment.

For a social program such as medicare to succeed, all parties must honour the implicit terms and conditions of the contract that underlies it. Health workers must help to create incentives that reward good practice, abandon obsolete practices, pursue innovation with tempered enthusiasm for unproven technologies, and realign the division of labour. Governments must report to the

La seconde école de pensée, qui considère que le système a besoin de plus d'argent, est selon moi encore plus douteuse. Si le système a besoin de plus de fonds, de deux choses l'une: ou bien les travailleurs ne sont pas suffisamment payés, et si c'est le cas, l'augmentation des fonds n'augmentera pas les services, ou au contraire le sous-financement signifie qu'il n'y a pas un volume suffisant de services pour répondre aux besoins nécessaires. Si tel est le cas, cela signifie que tous les services actuels sont utiles et nécessaires, mais il existe des preuves évidentes que plusieurs services actuels ne s'avèrent ni utiles ni nécessaires.

Aussi, faut-il tenir compte du fait que le problème a été défini comme un problème de revenus depuis plusieurs années dans ce pays — depuis le commencement de l'assurance-maladie. Le mot «crise» a alimenté la rhétorique politique et a dominé le vocabulaire des fournisseurs de soins de santé et des médias. La réponse habituelle du gouvernement a été d'ajouter de l'argent. Des montants énormes ont été ajoutés au cours de ces dernières années, et pourtant l'insatisfaction vis-à-vis du système demeure élevée, les manchettes restent les mêmes année après année.

J'en ai conclu que de refaire la même chose à répétition ne produira pas de résultat différent. L'expérience démontre qu'ajouter des fonds sans changer la culture et améliorer ce que nous faisons et la manière de le faire n'apportent qu'un soulagement temporaire. Pourquoi? Le problème n'est pas lié aux revenus. Il tient à la rentabilité et aux dépenses.

Nous devons analyser les dépenses avec une nouvelle stratégie qui se concentre sur le maintien de la santé et une culture visant à faire de la prévention quand elle est possible, à donner des traitements lorsque cela est possible et à cesser d'essayer de faire l'impossible. Bien que l'assurance-maladie ne soit pas viable — je répète qu'à mon avis elle ne l'est pas dans sa forme actuelle — je ne propose pas de geler les dépenses. Je propose que toute augmentation future du financement soit consacrée au changement et à la mise en place de mesures visant à mesurer, à contrôler et à gérer le service. Alors et seulement alors, nous pourrions déterminer si le système est sous-financé. Nous prendrions alors la décision en nous appuyant sur des preuves plutôt que sur des anecdotes, des opinions et la rhétorique des intérêts personnels.

En résumé, des changements sont requis dans la manière dont nous organisons la rémunération et définissons le succès dans les services de santé au Canada. L'argent seul sans engagement envers la qualité ne résoudra pas les défis actuels. Le problème réel doit être défini et résolu avec de véritables solutions. Avec des fonds supplémentaires, nous devons acheter le changement. Les problèmes de qualité auxquels nous faisons face ne sont pas la faute des fournisseurs. Nos fournisseurs travaillent dans un système mal conçu pour fournir des services de qualité dans un environnement complexe. Corriger ces défauts de conception demande des efforts concertés, un leadership solide et des investissements.

Pour qu'un programme social comme l'assurance-maladie réussisse, toutes les parties doivent respecter les modalités implicites du contrat sous-jacent. Les travailleurs en soins de santé doivent aider à créer les incitatifs qui récompensent les bonnes pratiques, abandonner les pratiques désuètes, poursuivre l'innovation avec un enthousiasme tempéré pour les technologies non

public the system's performance, ensure accountability for quality of service provided, and resist promising more than can be reasonably expected. The public must demand quality and insist on value for money so that other social needs are not crowded out.

To date, all parties to varying degrees have underestimated the fragility of medicare and have focussed on their own entitlements rather than their obligations. There are no villains in the piece. It has been a collective loosening of our grip on the terms and conditions of a sustainable system. Dr. Don Berwick from the Institute for Healthcare Improvement said that to improve quality you view every defect as a treasure, and "health care is loaded with treasures."

The Chairman: You talked about abandoning the pursuit of the unachievable. Can you give me some illustrative examples of what you meant by that?

Mr. Fyke: There are many examples, but one that comes to mind is how we treat people in the terminal stages of their lives. I believe that there is such a thing as a healthy death, but I believe that we do not do a good job in the health system in giving everyone a healthy death. I think that we try to achieve the unachievable — we try to delay that ultimate day and, in doing so, we create a lot of discomfort for the individual and the family. As one physician said to me, "In the health system we seem to believe that death is optional." There are certainly many other areas in which we pursue the unachievable, but how we treat people in the last six months of their lives is what immediately comes to my mind. I could report on other examples if I had a moment to think about it.

The Chairman: I wonder if you would share with my colleagues part of the discussion you and I had when we had a very lengthy and useful meeting — just the two of us — a couple of months ago. I am referring to cost of drugs and the drug care costs. You pointed out that Saskatchewan has a universal drug plan that is premium paid — about \$800 every six months or so.

Mr. Fyke: Every six months.

The Chairman: You had said, as I recall, that when you were doing your study, you found that even though those people would appear in any statistic as people who had drug coverage, nevertheless for many of the seniors the \$1,600 a year, was a substantial problem?

Mr. Fyke: Yes. There are two aspects. First, I believe that the whole issue of pharmaceuticals need to be addressed. While it might vary according to province, many Canadians have drug coverage — anyone who works in large companies or government have coverage and it is not a big problem. But small businesses, some of the elderly and the poor do not have drug coverage.

Two problems arose when I was reviewing this in Saskatchewan. The elderly said, "I am doing without my drugs because I cannot afford to put out the first \$800 — that is a lot of money." I

prouvées, et réorienter la division du travail. Les gouvernements doivent rendre compte au public de la performance du système, assurer la responsabilité de la qualité de services fournis, et éviter de promettre plus que ce qui peut raisonnablement être attendu. Le public doit exiger la qualité et insister sur la rentabilité, de sorte que d'autres besoins sociaux ne soient pas négligés.

À ce jour, toutes les parties à des degrés divers ont sous-estimé la fragilité de l'assurance-maladie, et se sont concentrées sur leurs propres droits plutôt que sur leurs obligations. Il n'y a pas de méchant dans ce film. Il s'agit d'une perte collective de notre emprise sur les modalités d'un système soutenable. Le Dr Don Berwick de l'Institute for Healthcare Improvement a dit que pour améliorer la qualité, il faut voir tous les défauts comme des trésors et «les soins de santé sont remplis de trésors».

Le président: Vous avez parlé d'abandonner la poursuite de l'irréalisable. Pouvez-vous nous donner des exemples pour illustrer votre propos?

M. Fyke: Il existe de nombreux exemples, mais un qui me vient à l'esprit est la manière dont nous traitons les malades en phase terminale. Je crois qu'il existe une mort saine, mais je crois que nous ne faisons pas un bon travail dans le système de santé pour donner à chacun une mort saine. Je crois que nous tentons d'atteindre l'irréalisable — nous tentons de reporter le jour ultime, et ce faisant nous créons beaucoup d'inconfort pour la personne et sa famille. Comme un médecin me disait: «Dans le service des soins de santé nous semblons croire que la mort est optionnelle». Il y certainement de nombreux autres secteurs où nous tentons d'atteindre l'irréalisable, mais la manière dont nous traitons les patients dans les derniers six mois de leur vie est ce qui me vient immédiatement à l'esprit. Je pourrais rapporter d'autres exemples si je disposais de quelques minutes pour y réfléchir.

Le président: Je me demande si vous accepteriez de partager avec mes collègues une partie de la discussion que vous et moi avons eue lors d'un long et fructueux tête-à-tête il y a quelques mois. Je fais allusion au prix des médicaments et au coût des indemnités de médicaments. Vous avez souligné que la Saskatchewan bénéficiait d'un régime universel de médicaments financé par cotisations — environ 800 \$ par semestre ou à peu près.

M. Fyke: Par semestre.

Le président: Vous avez dit, si je me souviens bien, que lorsque vous faisiez votre étude, vous avez découvert que bien que les gens apparaissent dans les statistiques comme bénéficiant d'une assurance-médicaments, pour bien des personnes âgées, 1 600 \$ par an représente un problème substantiel?

M. Fyke: Oui. Il y a deux aspects. D'abord, je crois que toute la question des produits pharmaceutiques doit être étudiée. Bien qu'elle puisse varier selon la province, un certain nombre de Canadiens disposent d'une assurance-médicaments — toute personne qui travaille dans une grande entreprise ou pour le gouvernement possède une couverture et ce n'est pas un gros problème. Mais les petites entreprises, certaines personnes âgées et les pauvres n'ont pas de couverture pour les médicaments.

Deux problèmes se posaient lorsque nous avons révisé cette question en Saskatchewan. Les personnes âgées disaient: «Je me passe de mes médicaments parce que je ne peux pas mettre les

met with a Métis lady in northern Saskatchewan and she was on 12 medications. I did not ask her why she was on 12 medications — that is another story. She said, “I do without my food the last week of every month in order to pay for my drugs.”

Our Canadian health care system needs to deal with those kinds of situations. I recognize that moving into a drug program is going to cost money. I struggled with that issue in Saskatchewan. I concluded that it would be better dealt with federally than provincially for a couple of reasons. First, the purchasing power of a federal program would be greater than that of a provincial program. Second, we need to establish and reach changes in the health delivery system where the utilization of drugs is handled a lot more than it is today. Drugs are over-prescribed.

The Chairman: Does your second comment imply that you favour the options we have in there about a national formula, for example, increasing the buying power of the government?

Mr. Fyke: Yes, I absolutely support those.

The Chairman: I guess it also follows that when we look at data that say — if it applies in British Columbia or Saskatchewan — 100 per cent of the population have drug coverage. That does not mean that 100 per cent of the population can afford to pay for drug coverage, it just means that in some sense they are included. However, it does not mean that the problem has gone away.

Mr. Fyke: Absolutely. It does not mean that individuals are not falling through the cracks. The problems I identified relate to the poor, the small businessperson who may not be able to afford a drug plan.

The Chairman: Right.

Mr. Fyke: It does not relate to people who work for large organizations or government or anyone that can afford a drug plan.

Senator Keon: Mr. Fyke, I fundamentally agree with everything you have said had to say, which would make debate on the surface seem a little difficult. However, the problem is, like most of us, you are laying out the problems, and I guess nobody has the answer or we would not be where we are. I am going to take you through a few of the things and see if we can grope for some solutions to them.

You made the interesting statement, “Pay for what we want and do not pay for what we do not want.” I have frequently made the statement, “Pay for what works and do not pay for what does not work.” Many years ago, Mark Lalonde told us that we had to base our decisions on population health, to look at the health problems in an objective way and to solve them and stop spending money in areas that are not solving anything. So let us deal with that one first.

premiers 800 \$ — c’est beaucoup d’argent». J’ai rencontré dans le nord de la Saskatchewan une Métisse qui devait prendre 12 médicaments. Je ne lui ai pas demandé pourquoi elle devait prendre 12 médicaments — c’est une autre histoire. Elle m’a dit: «Je me passe de nourriture la dernière semaine de chaque mois pour payer mes médicaments».

Le système canadien de soins de santé a besoin de faire face à ce genre de situation. Je reconnais qu’introduire un programme de médicaments va coûter de l’argent. Je me suis débattu avec cette question en Saskatchewan. J’en ai conclu qu’il serait préférable de la traiter au niveau fédéral plutôt que provincial pour plusieurs raisons. En premier lieu, le pouvoir d’achat du programme fédéral serait plus grand que celui d’une province. En second lieu, nous devons établir et mettre en place des changements dans le système de fourniture des soins de santé où l’utilisation des médicaments est traitée beaucoup plus qu’aujourd’hui. Les médicaments sont surprescrits.

Le président: Est-ce que le second commentaire signifie que vous favorisez l’option que nous avons proposée dans le rapport au sujet d’une formule nationale, par exemple, accroissant le pouvoir d’achat du gouvernement?

M. Fyke: Oui, je l’appuie absolument.

Le président: Je pense que cela en découle quand nous examinons des données qui disent — si cela s’applique en Colombie-Britannique ou en Saskatchewan — 100 p. 100 de la population possède une couverture d’assurance-médicaments. Cela ne signifie pas que 100 p. 100 de la population peut se payer la couverture médicaments, cela signifie tout simplement que dans un certain sens, ils sont couverts. Mais cela ne signifie pas que le problème est réglé.

M. Fyke: Absolument. Ceci ne signifie pas que des personnes ne tombent pas entre les mailles du filet. Les problèmes que j’ai identifiés sont reliés aux pauvres, aux petites entreprises qui ne sont pas en mesure de payer le régime d’assurance-médicaments.

Le président: Bien sûr.

M. Fyke: Il ne s’agit pas des personnes qui travaillent pour les grandes entreprises ou le gouvernement, ou quiconque peut payer le régime d’assurance-médicaments.

Le sénateur Keon: Monsieur Fyke, je suis fondamentalement d’accord avec tout ce que vous avez dit, ce qui rendrait un débat apparemment quelque peu difficile. Toutefois, le problème est que comme la plupart d’entre nous, vous présentez les problèmes, et je pense que personne n’a la réponse, ou nous ne serions pas où nous sommes. Je vais vous guider à travers quelques-uns des faits pour découvrir si nous pouvons y trouver quelques solutions.

Vous avez fait une déclaration intéressante: «Payer pour ce que nous voulons et ne pas payer pour ce que nous ne voulons pas». J’ai souvent professé «Payer pour ce qui fonctionne et ne pas payer pour ce qui ne fonctionne pas». Il y a plusieurs années, Marc Lalonde nous a dit que nous devrions baser nos décisions sur la santé de la population, examiner les problèmes de la santé de manière objective, les résoudre et arrêter de dépenser de l’argent dans des secteurs qui ne résolvent rien. Alors traitons tout d’abord cette question.

How do you think we could implement a system that would monitor population health on an ongoing basis and would have a feedback loop to deal with the problems that are solvable and stop wasting money on the problems that are not? Some people have suggested that we separate payer, provider and the monitoring system, whatever we want to call it, and we might be able to do that. Have you any thoughts on how we could design our Canadian monitoring system that would work for the whole country and the provinces and so forth?

Mr. Fyke: I could spend all day answering that question because it is very complex. But let us look at one issue and take the population of a province or let us start with a million population and then we will see how we can do that across Canada. But in that million population, there is certainly the ability to develop health indices and monitor such things as diabetes.

Diabetes is probably one of the greatest problems in this country: it leads to so many other difficulties, and yet my observation would be that we are not doing a good job managing it. I think that that is one of the quality issues where there is under-use of monitoring and dealing with diabetics. There is certainly, with a population of a million people, whether it would be in a health region around Calgary or whether it would be the province of Saskatchewan, where you could start monitoring your patients at risk for diabetes and measuring their health. I know that there are certain programs in the United States within the HMOs that monitor diabetes very carefully.

We need our providers to work as a system because it is not a system now. I am not criticizing the providers. I am just saying that we have created a system in which all the little pieces work individually but not collectively. We need to organize it and we need to give them information technology so that they can monitor, for example, diabetics. There may be other disease entities. Some would say you should not go by disease entity. That is fine, perhaps there are other ways of doing it. I prefer the disease approach because I think it is easier to monitor 100,000 diabetics or whatever in Saskatchewan and make sure that their follow-up care is required.

We have to start small. We cannot start making all these changes all at once. However, we have to start moving towards a system, developing information technology and monitoring those patients at risk. In Saskatchewan, I believe there is an amputation every other day as a result of complications from diabetes. I suspect that the statistics would be the same in Ontario.

You may ask how I know diabetes is the greatest issue? Well, I am using diabetes as an example. If there is another issue, fine, we can deal with that, but there are certainly ways that could be done. The difficulty that I dealt with in my commission, the difficulty that you are dealing with and the difficulty that the Romanow Commission will deal with is that we have had upwards of

Comment croyez-vous que nous puissions mettre en oeuvre un système qui contrôlerait la santé de la population sur une base continue et posséderait une boucle de rétroaction pour traiter des problèmes pouvant être résolus et arrêter la perte d'argent sur les problèmes qui n'ont pas de solution? Certains ont suggéré que de séparer payeur, fournisseur et système de contrôle, peu importe le nom qu'on lui donne, et nous serions peut-être en mesure de le faire. Avez-vous des réflexions sur la façon dont nous pourrions concevoir un système de contrôle canadien qui fonctionnerait pour l'ensemble du pays, les provinces et ainsi de suite?

M Fyke: Je pourrais passer la journée à répondre à cette question car elle est très complexe. Mais je voudrais étudier une question et prendre la population d'une province ou débiter avec une population d'un million, et ensuite nous verrons comment faire dans tout le Canada. Mais dans cette population d'un million, il existe certainement la capacité de développer des indices de santé et de contrôler des choses comme le diabète.

Le diabète est probablement l'un des plus grands problèmes dans ce pays, il conduit à d'innombrables complications et pourtant d'après mon observation, nous ne faisons pas un bon travail dans la gestion du diabète. Je pense qu'il s'agit-là d'une des questions où il existe une sous-utilisation du suivi et du traitement. Il existe certainement dans une population d'un million, que ce soit dans une région de santé autour de Calgary ou en Saskatchewan, un échantillon où l'on pourrait commencer à contrôler les patients à risque pour le diabète et à mesurer leur santé. Je sais qu'il existe aux États-Unis au sein des organisations de soins de santé intégrés certains programmes qui font un suivi très attentif du diabète.

Nous avons besoin que nos fournisseurs travaillent en système, car ceci n'existe pas présentement. Je ne critique pas les fournisseurs. Je dis tout simplement que nous avons créé un système dans lequel toutes les petites parties travaillent individuellement et non collectivement. Nous devons l'organiser et nous devons leur donner la technologie de l'information de sorte qu'ils puissent contrôler, par exemple, les diabétiques. Il peut exister d'autres groupes de maladies. Certains diraient que vous ne devriez pas utiliser l'approche des groupes de maladie. Pas de problème, peut-être existe-t-il d'autres moyens de le faire. Je préfère l'approche par maladie, car je crois qu'il est plus facile de contrôler 100 000 diabétiques ou quelque autre groupe de maladie en Saskatchewan et de s'assurer que les soins de suivi sont requis.

Nous devons commencer sur une petite échelle. Nous ne pouvons commencer à faire tous ces changements en même temps. Toutefois, nous devons commencer à nous diriger vers un système, à développer les technologies de l'information et à contrôler les patients à risque. En Saskatchewan, je crois qu'il y a une amputation tous les deux jours en raison des complications du diabète. Je soupçonne que les statistiques seraient semblables en Ontario.

Vous pouvez vous demander comment je sais que le diabète est la question la plus importante? J'utilise le diabète comme exemple. S'il existe une autre question, d'accord, nous pouvons y faire face, mais il y a des manières de le faire. La difficulté à laquelle j'ai fait face avec ma commission, la difficulté à laquelle vous faites face et celle à laquelle fera face la Commission

20 commissions in the last 20 years in this country. Why have we not implemented change? Why can we not make primary health a system? Why can we not do that? I have wrestled with that question and I do not have the answer for you today. That is a question with which you will have to wrestle.

Senator Keon: An extension of what you have just said is getting at quality. For example, in diabetes, we must strive for quality service, quality control, quality health, overall health and so forth.

You also mentioned information technology. I too have spent a tremendous amount of time working with others with information technology. My own feeling today — and it may change — is that we have failed because we have started at the wrong end. We have fallen into the trap of designing the big system — either nationally or provincially — of information technology, and on every occasion this has died of inanition.

I believe it would be quite simple to start at the other end, which is with the individual patient, and design an information technology card. In other words, a health record that the patient would own and carry. This card would release the various firewalls in that pool of information related to their psychiatric health or anything else that might be used against them somewhere along the way and the repositories would not be difficult to link. The repositories would be in the community clinics, in the community hospitals, in the tertiary hospitals, the provincial repositories and ultimately the federal repositories in places like CIHI. It is quite possible to link all this stuff technologically, yet we are not doing it. How do you see the universe unfolding in this area?

Mr. Fyke: I am not an expert on the technicalities of information systems. However, that information should be brought together at some point where people can make public policies. This way when we know that for a population at risk that X, Y and Z are not being met, that information can be brought together in a way that the performance can be measured and fed back to the person caring for that patient or the client. The performance can be measured, monitored and managed. Therefore, that information has to come together collectively at some point and then fed back to the providers.

I think the United States' Veterans Administration has done an incredible job in the area of quality where that information is being fed back to the team that is looking after the diabetic patient. They can look at their stats and say, "We are going to have to change the follow-up on these three patients. They are having more difficulties than they should have." Instead of waiting until they end up in the hospital in the emergency department in a state of crises.

Romanow, c'est que nous avons eu plus de 20 commissions au cours des 20 dernières années dans ce pays. Pourquoi n'avons-nous pas mis en place des changements? Pourquoi ne pouvons-nous pas faire de la santé primaire un système? Pourquoi ne pouvons-nous pas le faire? Je me suis débattu avec cette question et je n'ai pas de réponse pour vous aujourd'hui. C'est une question avec laquelle vous devrez vous battre.

Le sénateur Keon: Un prolongement de ce que vous venez juste de dire est d'atteindre la qualité. Par exemple, dans le cas du diabète, nous devons tenter d'offrir des services de qualité, un contrôle de qualité, des soins de qualité, la qualité de santé globale et ainsi de suite.

Vous avez également mentionné les technologies de l'information. J'ai aussi passé un temps considérable à travailler avec d'autres sur les technologies de l'information. Mon sentiment personnel aujourd'hui — et il peut changer — est que nous avons échoué parce que nous avons commencé par le mauvais côté. Nous sommes tombés dans le piège consistant à concevoir un système d'envergure — au niveau national comme au niveau provincial — avec les technologies de l'information, et dans chaque cas c'est mort d'inanition.

Je crois qu'il serait fort simple de commencer par l'autre extrémité, soit avec le patient individuel, et de concevoir une carte de technologie de l'information. En d'autres termes, un dossier de santé que le patient posséderait et transporterait. Cette carte actionnerait les différentes barrières de protection dans l'ensemble des informations reliées à leur santé mentale ou à toute autre chose pouvant être utilisée contre eux à un moment en cours de route, et les dépôts de données ne seraient pas difficiles à relier. Ils seraient dans les cliniques communautaires, les hôpitaux communautaires, les hôpitaux tertiaires, les dépôts provinciaux, et finalement le dépôt fédéral, à des endroits comme l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Il est techniquement très possible de relier tous ces renseignements, mais nous ne le faisons pas. Comment voyez-vous l'univers évoluer dans ce domaine?

M. Fyke: Je ne suis pas un expert dans les techniques des systèmes d'information. Toutefois, l'information devrait être rassemblée à un endroit où les gens peuvent prendre des décisions de politiques publiques. Ainsi lorsque nous savons qu'une population est à risque, que X, Y et Z n'est pas respecté, cette information peut être colligée de manière à ce que la performance puisse être mesurée et retournée à la personne prenant soin du patient ou du client. La performance peut être mesurée, suivie et gérée. En conséquence, l'information doit être colligée collectivement à un endroit, et ensuite transmise aux fournisseurs.

Je crois que la United States Veterans Administration a fait un travail incroyable dans le domaine de la qualité et l'information est retournée à l'équipe qui suit le patient diabétique. Elle peut aussi regarder les statistiques et dire: «Il faudra changer le suivi de ces trois patients. Ils éprouvent plus de difficultés qu'ils ne devraient» au lieu d'attendre qu'ils se retrouvent à l'hôpital au service d'urgence en état de crise.

I am confident that we can design a sophisticated monitoring system for the health system. The problem is that we have not put at priority on it. The pressure is always — and I speak as an individual who served as a CEO of a very large region — on putting another nurse in the emergency department because of the waiting lists there. You can never defend publicly spending it on computers. I think that we have done it wrong.

We are very proud of the Canadian health care system for spending roughly 5 or 6 per cent on administrative overhead compared with the American system at 20 to 25 per cent. I know one health region in this country that is spending 3 per cent on administration. Maybe that is not something we should be proud of. I am not saying we should hire more people and increase the administrative overheads. However, perhaps we need to look at the information systems we need and acknowledge that we have to measure and monitor what is going on. Perhaps we need to ask why the emergency department is filled. It may be filled because we do not have an immunization program in the community.

Senator Keon: With regard to your statement that the system is not sustainable, I believe every objective individual who worked in the system for a reasonable period of time would agree with that. Yet we get bushed by it when we come out and say it.

Following the hearings in Edmonton yesterday, an individual stopped me because he had the impression that I was advocating private health care, which I do not advocate at all. Indeed although I have a background as a physician, I have spent my whole career working for a salary and not as a fee-for-service physician. I am currently a health administrator, but I am trying to deal with this conundrum that we are living with a system designed to pay doctors and hospitals, but it is not looking after anybody else. I see the enormous burden that we are placing on patients for intravenous drugs at home that are not covered or for home care where they fall through the cracks and there is no coverage. I have raised the question of if indeed we have a 70/30 system now, where about 70 per cent is government funding and 30 per cent is private funding. Should we spread this out? Should we increase the amount of funding and pay 100 per cent? How should we deal with it?

Mr. Fyke: I want to just be clear on what your question is. Are you asking whether we should spread the 30 per cent share from private resources out into more than hospitals and doctors and cover everything with a 70/30 split?

Senator Keon: Yes. It is not quite that simple, but, yes, let us address that one.

Mr. Fyke: Well, let us try and keep it simple because I have difficulty with complexities.

Senator Keon: Okay.

Je suis certain que nous sommes en mesure de concevoir un système de contrôle sophistiqué pour le système de santé. Le problème est que nous ne lui avons pas attribué de priorité. La pression se fait toujours sentir — et je parle comme ancien directeur général d'une grande région — pour ajouter une nouvelle infirmière au service d'urgence en raison de la liste d'attente. Vous ne pouvez jamais défendre publiquement des dépenses sur les ordinateurs. Je crois que nous n'avons pas fait les choses correctement.

Nous sommes très fiers que le système de soins de santé du Canada dépense environ 5 ou 6 p. 100 en frais d'administration en comparaison au 20-25 p. 100 pour le système américain. Je connais une région de santé dans ce pays qui dépense 3 p. 100 en administration. Il s'agit peut être de quelque chose dont nous ne devrions pas être fiers. Je ne dis pas que nous devrions embaucher plus de personnel et augmenter les frais d'administration. Toutefois il est peut-être nécessaire d'analyser les systèmes d'information dont nous avons besoin et de reconnaître qu'il faut mesurer et contrôler ce qui se passe. Il faudra peut-être se demander pourquoi le service d'urgence est plein. Il est peut-être rempli parce que nous ne disposons pas d'un programme d'immunisation dans la communauté.

Le sénateur Keon: En ce qui a trait à votre affirmation que le système n'est pas soutenable, je crois que toute personne qui travaille dans le système pendant une période de temps raisonnable serait objectivement d'accord avec cet énoncé. Mais nous faisons malmener lorsque nous faisons cette affirmation.

Suite aux auditions à Edmonton hier, une personne m'a arrêté, car elle avait l'impression que je soutenais des soins de santé privés, ce qui n'est pas du tout le cas. En fait, malgré mes antécédents comme médecin, j'ai passé toute ma carrière à travailler comme salarié et non comme médecin payé sur honoraires. Je suis actuellement administrateur en santé, mais je tente de traiter de cette énigme que nous vivons avec un système conçu pour payer les médecins et les hôpitaux, mais qui ne s'occupe de personne d'autre. Je vois l'énorme fardeau que nous mettons sur les patients pour les médicaments intraveineux à domicile, qui ne sont pas couverts pour des soins à domicile: ils tombent entre les mailles du filet, sans aucune couverture. J'ai soulevé la question de savoir si en fait nous avons actuellement un système 70/30, 70 p. 100 de financement gouvernemental et 30 p. 100 du secteur privé. Devrions-nous étendre ce système? Devrions-nous augmenter le financement et payer 100 p. 100? Que faire?

M. Fyke: Je veux seulement m'assurer que je comprends bien votre question. Demandez-vous si nous devons étendre la portion de 30 p. 100 provenant de ressources privées au-delà des hôpitaux et des médecins, et tout couvrir avec un partage 70/30?

Le sénateur Keon: Oui. Ce n'est pas aussi simple que cela, mais oui, analysons cette question.

M. Fyke: Bien, alors essayons de le faire tout en gardant les choses simples, car j'éprouve des difficultés avec les choses complexes.

Le sénateur Keon: D'accord

Mr. Fyke: We pay 70/30 and we used to pay 80/20 and the OECD countries I think is about 75/25. As to the debate over whether it is public money or private money, I do not think that is the crux of the issue. Whether it comes out of my right pocket as taxes or my left pocket as fees, it is still coming out of my bank account.

We have to look at the GDP. Is 10 per cent of the GDP appropriate for a country like Canada to spend? I know some of your witnesses have argued that 10 per cent was the magic number. I do not think anybody knows. We can ask what is wrong with us going to 14 per cent? We could.

The difficulty that provincial governments are facing — you have heard this before — is the issue of crowding out other services that probably have a greater impact than health care. The research indicates that health care impacts 15 per cent of the health of the population. The remaining 85 per cent is impacted with jobs, education, and income. Look at the state of our universities; they are being crowded. Look at state of our highways or any number of other things. We could put so much money into health care that the health of the population actually starts deteriorating.

I think that we are pushing that border right now, given that some people argue that we should not be having tax cuts. Take Saskatchewan, for instance. Saskatchewan sits right next to Alberta. It is impossible for Saskatchewan to follow the pursuit of high taxation when Alberta is going the other way.

The reality is that there is tremendous political pressure on governments to lower taxes. Given that where are they going to get the 10 per cent increases for health care when revenue is going up at 1.5 per cent? They will have to take it from education. That would be a serious problem.

With regard to your question, I have wrestled with this as well. If we want to commit 10 per cent of the GDP into health and the split is 70/30, then some people are paying a tremendous amount of user fees on the drugs, home care, et cetera. We should even that out and have user fees for physicians and hospitals so that the use of user fees does not increase from what it is today. That is an option.

I have read a lot, looked at the RAND studies and the Saskatchewan studies, user fees do not raise revenues. If you set user fees high enough to raise the revenue, it is another tax and it really hits equity. I hear people in the media saying that user fees will prevent inappropriate patient abuse. I have not yet seen a patient yet who signs his or her own prescription. I have not yet seen a patient who can make a self-referral to a cardiac surgeon. Yes, I have met physicians who say that patients put tremendous pressures on them to prescribe antibiotics. One doctor said, "If I do not do it, they will go next door." I said, "Then what we need to do is change your payment mechanism so that you are not on fee-for-service, so that you can have the freedom to say, 'Sir, you have a sore throat, you do not need an antibiotic because it is a

M. Fyke: Nous payons 70/30 et nous payions auparavant 80/20 et les pays membres de l'OCDE, je crois, se situent à environ 75/25. Quant à la question de savoir s'il s'agit de fonds publics ou privés, je ne crois pas qu'il s'agisse du cœur de la question. Que l'argent provienne de ma poche droite sous forme d'impôt ou de ma poche gauche sous forme d'honoraires, l'argent provient toujours de mon compte de banque.

Nous devons considérer le PDB. Est-ce que 10 p. 100 du PDB constitue un niveau de dépenses approprié pour un pays comme le Canada? Je sais que certains de vos témoins ont prétendu que 10 p. 100 était le chiffre magique. Je ne crois pas que qui que ce soit le sache. Nous pouvons nous demander ce qui n'irait pas si nous montions à 14 p. 100? On le pourrait.

La difficulté à laquelle font face les gouvernements provinciaux — vous l'avez déjà entendu — est la question de la supplantation d'autres services qui ont probablement un impact plus important que les soins de santé. La recherche indique que les soins de santé affectent 15 p. 100 de la santé de la population. Les 85 p. 100 qui restent sont affectés par l'emploi, l'éducation et le revenu. Regardez l'état de nos universités, elles sont débordées. Regardez l'état de nos routes ou un certain nombre d'autres secteurs. Nous pourrions mettre tellement d'argent dans les soins de santé que la santé de la population pourrait effectivement commencer à se détériorer.

Je crois que nous repoussons la frontière actuellement, étant donné que certains prétendent que nous ne devrions pas avoir de réduction d'impôt. Prenez la Saskatchewan par exemple. La Saskatchewan est juste à côté de l'Alberta. Il est impossible pour la Saskatchewan de suivre une politique de forte taxation quand l'Alberta prend la direction contraire.

La réalité est qu'il existe une pression politique incroyable sur les gouvernements pour réduire les impôts. En tenant compte de ce fait, où trouveront-ils les 10 p. 100 d'augmentation pour les soins de santé quand le revenu augmente de 1.5 p. 100? Ils devront le prendre de l'éducation. Ce serait un problème sérieux.

En ce qui concerne votre question, je me suis aussi débattu avec celle-ci. Si nous voulons engager 10 p. 100 du PDB sur la santé et diviser 70/30, alors certaines personnes paieront un montant incroyable de frais d'utilisation pour les médicaments, les soins à domicile, et cetera. Nous devrions équilibrer le tout et avoir des frais d'utilisation pour les médecins et les hôpitaux de sorte que les frais d'utilisation n'augmentent pas par rapport à aujourd'hui. C'est une option.

J'ai beaucoup lu, étudié les études RAND et celles de la Saskatchewan, les frais d'utilisation n'augmentent pas les revenus. Si vous imposez des frais d'utilisation assez élevés pour augmenter les revenus, il s'agit d'une autre taxe et cela affecte réellement l'équité. J'entends des gens dans les médias dire que les frais d'utilisation empêcheront les patients d'abuser du système. Je n'ai pas encore vu un patient qui écrit et signe ses propres ordonnances. Je n'ai pas encore vu un patient qui puisse faire une auto-référence à un chirurgien cardiologue. Oui, j'ai rencontré des médecins qui disent que les patients mettent beaucoup de pression sur eux pour avoir des ordonnances d'antibiotiques. Un médecin m'a dit «Si je ne le fais pas, ils vont ailleurs». Je lui ai dit «Alors ce que nous devons faire c'est de

viral infection.” I struggle with user fees and I just do not see how they work.

Sweden has user fees, but their public side is at 84 or 85 per cent, I believe. However, yes, one option would be to spread user fees across the piece and then everybody is paying a little bit and drugs and home care are included. That would be an option. In light of the political environment, that might be a way to go. It is not my preferred option.

Senator Keon: I must say it is not mine either. I will desist: I am being unfair here.

Senator Morin: Mr. Fyke, I read your report with great interest. I think it was an outstanding report. Two issues apply nationally. One deals with primary care reform and the other deals with quality care. I think you have been the first one to bring out the importance of quality care and monitoring it in our system. That is very important.

You may be familiar with the work of the National Institute of Medicine in the U.S. and their report, which followed yours shortly. I was wondering if you think that any of their recommendations are applicable to this country.

Also, would you expand on your primary care reform? I think that is a very important issue. I think there is unanimous support for this. The Claire Commission in Quebec, for example, supports it. However, there are various modalities, there were differences between the various recommendations. Can you could give us your own plan as to primary care reform?

Finally, I would like to make a comment concerning public money and private money. As you said very well — and I am a strong believer in a single payer — the problem with public money is that it competes with education and highways and things like that. Private money competes with a holiday in Florida or Victoria or the purchase of a new car. As you get older, you do not object if 20 or 25 per cent of your own money goes to health care. The cost of natural health products is increasing by 15 per cent a year in this country. Nobody gets excited about it because it is all private money. If that were part of our national health plan, we would find that many would be seeking ways to cut those costs.

Having said that — and I agree fully with you — the concern with regard to a single payer is that it competes with other social priorities that are certainly as important as health.

Mr. Fyke: I will answer the first two. I am not sure if I can answer the third question because I struggle as well.

changer votre méthode de paiement pour que vous ne soyez plus rémunéré à l'acte, pour avoir la liberté de dire: “Monsieur vous avez une gorge irritée, mais vous n'avez pas besoin d'antibiotiques parce que ce n'est pas une infection virale”». Je me bats avec les frais d'utilisation et je ne vois toujours pas comment ils fonctionnent.

La Suède possède des frais d'utilisation, mais le financement public est à 84 ou 85 p. 100, je crois. Toutefois, oui, une option serait de répartir les frais d'utilisation à tous les éléments, et alors chacun paie un peu, et les médicaments et les soins à domicile sont inclus. C'est une option. À la lumière de l'environnement politique, c'est peut-être une approche. Ce n'est pas mon approche préférée.

Le sénateur Keon: Je dois dire que ce n'est pas la mienne non plus. Je vais me désister, car j'ai peur de manquer d'objectivité.

Le sénateur Morin: Monsieur Fyke, j'ai lu votre rapport avec grand intérêt. Je crois que c'est un rapport remarquable. Deux questions s'appliquent à l'échelle nationale. L'une traite de la réforme des soins primaires et la seconde de la qualité des soins. Je crois que vous avez été le premier à soulever l'importance de la qualité des soins et son contrôle dans notre système. C'est très important.

Vous êtes peut-être familier avec le travail du National Institute of Medicine aux États-Unis et leur rapport qui a suivi de près le vôtre. Je me demandais si vous croyez que leurs recommandations sont applicables dans ce pays.

De plus, pourriez-vous élaborer sur votre réforme des soins primaires? Je crois que c'est une question très importante. Je crois qu'il y a un soutien unanime pour cela. La Commission Claire du Québec, par exemple, la soutient. Toutefois, il existe diverses modalités, il y a des différences entre diverses recommandations. Pouvez-vous nous donner votre propre plan pour une réforme des soins primaires.

Finalement je désirerais faire un commentaire au sujet des fonds publics et privés. Comme vous le dites si bien — je crois fermement en un seul payeur — le problème avec les fonds publics est qu'ils sont en concurrence avec l'éducation, les autoroutes, et autres choses du même genre. Les fonds privés concurrencent les vacances en Floride ou à Victoria ou l'achat d'une voiture. En vieillissant, vous ne vous objectez pas à ce que 20 ou 25 p. 100 de votre propre argent aillent en soins de santé. Le coût des produits naturels augmente de 15 p. 100 par an dans ce pays. Personne ne s'excite à ce sujet parce que c'est totalement du domaine privé. Si cela faisait partie de notre régime de santé national, nous découvririons que plusieurs personnes tenteraient de trouver des moyens de réduire ces coûts.

Ayant dit tout cela — et je suis tout à fait d'accord avec vous — la préoccupation avec un payeur unique est qu'il fait concurrence à d'autres priorités sociales qui sont certainement aussi importantes que la santé.

M. Fyke: Je répondrai aux deux premières questions. Je ne suis pas certain de pouvoir répondre à la troisième question parce que je me débats moi-même avec celle-ci.

It is a matter of perception of our approach to paying taxes. When we buy a new car, we do not worry that we are making a choice between improving the health care system taxes and buying a new car. We look at the new car purchase versus a trip to Victoria.

I look at health care from a public policy perspective. How much of the GCP are we going to spend and are we getting the value for our money? Whether it is private dollars or public dollars, we need to look at value for our money. In my 40 years in the public service, I have looked at a tax dollar as a dollar that needs to be cared for as much as my own dollar. I think that we have to take that approach to public dollars. I am not sure if I can help with the third question because it relates to the attitude that we Canadians have between the private and the public sector.

In regard to the National Institute of Medicine, yes, I have read the report. Some people say that that does not apply to Canadians. I say how do we know? I suspect that, given the litigious nature of U.S. citizens, it may even apply more here. I do not know. I know that the College of Physicians and Surgeons in the Province of Saskatchewan estimate that it probably does apply in Saskatchewan and that would mean one clinical death a day. In the United States, it is 100,000 — something like the equivalent of three airplanes crashing every day.

We have to look at those numbers as not something that we set out to criticize — they call them medical errors. I call them clinical errors because errors can be brought about many ways. It can be a physician error; it can be a misinterpretation at the nursing ward of a drug order; it can be the wrong dosage of a drug being given by a nurse; it can be a pharmacist in the preparation of medication. An error can be many things.

We need to address these issues and it is not a matter of blaming someone. We have to set blame aside and look at how we can improve the system. In the automobile industry and in other industries, they took a global approach to examining how they could improve quality. That is something we need to do in health in Canada and something that to date we have not been prepared to do.

With regard to primary health, there are many models. I recommended a model where the primary health networks would be organized within a regional structure in Saskatchewan. Primary health is important in many ways, but in rural areas where only one or two physicians in a community are on call 24/7, it is extremely important. Primary health allows them to be on call maybe once every fourth night or once every fourth weekend. It makes life in the small communities a lot more attractive for them and they are more likely to stay.

C'est une question de perception, de notre attitude par rapport au paiement des taxes et impôts. Lorsque nous achetons une nouvelle voiture, nous ne nous préoccupons pas de savoir si nous faisons un choix entre les taxes pour améliorer le système de soins de santé et acheter une voiture. Nous comparons l'achat de la nouvelle voiture à un voyage à Victoria.

Je considère les soins de santé dans une perspective de politique publique. Quelle part du BPC dépenserons-nous, et allons-nous en avoir pour notre argent? Qu'il s'agisse de fonds publics ou privés, nous devons regarder la valeur obtenue pour notre argent. Dans mes 40 ans de travail au sein de la fonction publique, j'ai considéré les dollars d'impôt comme des dollars dont il faut prendre soin, comme de mon propre argent. Je crois que nous devons prendre cette approche avec les fonds publics. Je ne suis pas sûr de pouvoir vous aider avec la troisième question car elle est reliée à l'attitude que nous, Canadiens, avons à l'égard du secteur privé et public.

En ce qui a trait au National Institute of Medicine, oui, j'ai lu le rapport. Certains disent que cela ne s'applique pas au Canada. Je demande comment nous le savons. Je soupçonne qu'étant donné la nature contestataire des citoyens américains, cela s'applique encore davantage ici, je ne sais pas. Je sais que le Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan estime que cela s'applique probablement à la Saskatchewan, et que cela signifierait une mort clinique par jour. Aux États-Unis, c'est 100 000 morts — quelque chose comme l'écrasement de trois avions chaque jour.

Nous devons analyser ces chiffres non comme un élément que nous préparons à critiquer — on les appelle des erreurs médicales. Je les appelle des erreurs cliniques parce qu'elles peuvent survenir de plusieurs façons. Il peut s'agir d'une erreur du médecin, d'une mauvaise interprétation d'une ordonnance médicale au département de soins infirmiers, d'un mauvais dosage d'un médicament administré par une infirmière, ou encore de l'erreur d'un pharmacien dans la préparation d'un médicament. Une erreur peut être plusieurs choses.

Nous devons analyser ces questions et il ne s'agit pas de blâmer qui que ce soit. Nous devons cesser de chercher des coupables et regarder comment nous pouvons améliorer le système. Dans l'industrie automobile et dans d'autres industries, on a pris une approche globale pour examiner comment améliorer la qualité. C'est quelque chose que nous avons besoin de faire dans le domaine de la santé au Canada, une chose que nous n'avons pas été disposés à faire jusqu'à ce jour.

En ce qui a trait aux soins primaires, il existe plusieurs modèles. J'ai recommandé un modèle en vertu duquel le réseau de soins primaires serait organisé au sein de la structure régionale en Saskatchewan. Les soins primaires sont importants de plusieurs façons, mais dans les régions rurales où uniquement un ou deux médecins dans la communauté sont disponibles en tout temps, ils sont très importants. Les soins primaires permettent à ces médecins d'être sur appel peut-être une fois par quatre nuits ou aux quatre semaines. Cela rend la vie dans les petites communautés beaucoup plus attrayante pour les médecins et ils sont plus intéressés à y rester.

I have heard physicians say that 50 per cent of their practices could be done by someone else, but they have to put in the long hours because they are on fee-for-service. One physician told me that he had seen 54 patients in his office the day before and of those, he thought that of those, five really needed his services. The balance he said — and he broke it down — could have been handled with a telephone call. Now this was anecdotal evidence presented to me, and it is something that I criticize the health system for using, so we have to keep it in perspective.

One of the other issues around sustainability of the Canadian health care system that concerns me is not just the dollars, it is the intellectual capacity: the nurses and professionals. There are many other options today for young students to go into university rather than the health system. We have to start using people to 100 per cent of their skills — I say this not just from an economic perspective, but to ensure that we have the human resources available. I believe your report referred to research in OHIP where 33 per cent of specialists had billings that could have been carried out by family physicians, and 67 per cent of family physicians' billings could have been carried out by somebody else. We need to address these issues. They raise the question: Do we have a shortage of health professionals in this country? If you were to go by the nightly news, the answer would be, yes we do. However, I am not convinced that we do.

Senator Carney: As a British Columbian, I can assure you that we actually do in British Columbia have a shortage of specialist agencies like the BC Cancer Agency and other agencies, but they can discuss that.

I want to draw on your experience about the delivery of health services in rural areas because we have not touched on that here. Pragmatically, what are the expectations? What is the reality? For instance, I live in an area that has no health personnel. We have first aid workers, a 911 service and an excellent air ambulance service throughout British Columbia, but we have no health care personnel on the ground. The difference between Saskatchewan and us is we are very mountainous, travel is difficult, and weather inhibits airplane transportation and roads. In Nelson, if you have a prostate cancer problem, you have to go to Trail through mountainous country to see the only specialist in the region. You have the choice of going to either Kelowna, through another mountain range, for surgery or, in the other direction, Calgary — through another mountain range — for radiation treatments afterwards.

This is the reality. Is that the reality in Saskatchewan? Can British Columbians who live in a rural area expect the same level of services that are in the Lower Mainland or the Victoria region or are we going to have to continue the delivery of decentralized services through these other means?

J'ai entendu des médecins dire que 50 p. 100 de leur pratique pourrait être faite par quelqu'un d'autre, mais ils doivent faire de longues heures en raison de la rémunération à l'acte. Un médecin m'a dit qu'il avait vu 54 patients à son bureau la veille et de ceux-ci seuls cinq avaient vraiment besoin de ses services. Les autres, cas disait-il — et il les a énumérés — auraient pu être réglés au téléphone. Il s'agit d'une anecdote véridique qui m'a été relatée, et c'est une chose pour laquelle je critique le système de soins de santé, il faut donc le placer dans sa juste perspective.

L'une des autres questions entourant la viabilité du système de soins de santé canadien qui me préoccupe n'est pas seulement l'argent, c'est la capacité intellectuelle: les infirmières et les professionnels. Aujourd'hui, les jeunes étudiants n'ont beaucoup d'autres choix à l'université que le domaine médical. Nous devons commencer à utiliser les gens à 100 p. 100 de leurs compétences — Je dis qu'il ne s'agit pas seulement d'une question de perspective économique, mais pour nous assurer que nous disposons des ressources humaines. Je crois que votre rapport fait référence à des recherches de l'OHIP dans lesquelles 33 p. 100 des factures des spécialistes couvraient des actes de médecin de famille, et 67 des factures des médecins de famille présentaient des actes que quelqu'un d'autre aurait pu faire. Nous devons analyser ces questions. Elles soulèvent cette autre question: avons-nous un manque de professionnels en soins de santé dans ce pays? Si vous fiez aux nouvelles du soir, la réponse serait, oui. Toutefois, je n'en suis pas convaincu.

Le sénateur Carney: Comme résidente de la Colombie-Britannique, je peux vous assurer que cette province manque réellement d'organismes spécialisés comme l'Agence du cancer de la Colombie-Britannique et d'autres agences, mais ils peuvent en discuter.

Je voudrais profiter de votre expérience de la prestation de services de santé dans les régions rurales, car nous n'en avons pas parlé ici. Concrètement, quelles sont les attentes? Quelle est la réalité? Par exemple, je vis dans une région où il n'y a pas de personnel de santé. Nous avons des travailleurs de premiers soins, un service 911 et un service d'ambulance aérienne excellent à travers toute la Colombie-Britannique, mais nous n'avons pas de personnel de soins de santé au sol. La différence entre la Saskatchewan et nous est notre territoire montagneux où le transport difficile et les conditions météorologiques gênent le transport aérien ou routier. À Nelson, si vous avez un problème de cancer de la prostate, vous passez par un sentier à travers une région montagneuse pour voir le seul spécialiste dans la région. Vous avez le choix de passer par Kelowna, par la chaîne de montagne, pour la chirurgie ou, dans l'autre sens, Calgary — par l'autre chaîne de montagne — pour des traitements de radiothérapie par la suite.

C'est la réalité. Est-ce la réalité en Saskatchewan? Est-ce qu'un résident de la Colombie-Britannique qui vit dans une région rurale peut s'attendre au même niveau de service que dans le Lower Mainland ou dans la région de Victoria ou devons-nous continuer à livrer des services décentralisés par le biais de ces autres moyens?

Mr. Fyke: The way acute care is delivered today through technology, the reality is you cannot duplicate that in all rural areas. I am talking about acute care being where you need high technology. However, you can have primary health. Now, it may be at various levels: I will comment on that in a moment.

Second, you can have an excellent ambulance service. But when you live in a rural area, you will never have the same service, the same level as you will have two blocks from Vancouver General Hospital. In rural Saskatchewan, I found in looking at the ambulance services, and the standard I used was the average ambulance response should be — I chose 30 minutes. In talking to the experts in the ambulance business, they said it is not as important as to how far you are from the site, what is important is that the ambulance operator that arrives, that he knows what to do with you. In other words, he can stabilize you, get a line into your vein and an IV or whatever. I went with the 30-minute response time and then I went with an average 60-minute response time to an acute care facility.

In rural areas — whether it is Saskatchewan, British Columbia or Northern Ontario — we need to have a good every day service, primary health service. That can mean an advanced clinical nurse; it may be a physician that covers the area, a larger area; it may be a physician that is there three days a week, but we need advanced clinical nurses and a good every day service.

In the areas in Saskatchewan such as Beechy and maybe 10 or 11 others, where they could not keep physicians, they set up a primary health service. Now the physician there is on call every third week instead of 24/7 with advanced clinical nurses; the people around that community love it.

In summary, we need good primary health in those areas and we need a good ambulance service in those areas. But if you are asking the question will we always have an acute hospital in those areas, absolutely not. I think we have to recognize that today, little hospitals cannot provide safe, high quality acute care today because of technology and the infrastructure required to provide that service. Those are harsh words for people in a lot of our rural areas. I recognize that because the hospital bricks and mortar become the symbol of health, in reality they are not.

Senator Carney: I appreciate your candour on that because where I live there is a basic primary health service through volunteer first-aid workers and people like that and it is much appreciated. Can you give us a suggestion of how it could be improved? People must travel hundreds of miles for their radiation treatments, for example. Is there anything that you can see in the

M. Fyke: Les soins de courte durée tels qu'ils sont administrés aujourd'hui grâce à la technologie ne peuvent en réalité être étendus à toutes les régions rurales. Je parle des soins de courte durée qui nécessitent la haute technologie. Toutefois vous pouvez avoir des soins primaires. Bien entendu, ils peuvent être de différents niveaux, je ferai à ce sujet un commentaire dans quelques minutes.

Ensuite, vous pouvez avoir un excellent service d'ambulance. Mais quand vous vivez dans une région rurale, vous n'aurez jamais le même service, le même niveau que vous auriez à deux rues de l'Hôpital Général de Vancouver. Dans la région rurale de Saskatchewan, j'ai trouvé en analysant les services d'ambulance, et la norme que j'ai utilisée était ce que devrait être la réponse moyenne des ambulances — j'ai porté mon choix sur 30 minutes. En parlant avec les spécialistes de l'entreprise de service d'ambulance, ils m'ont dit que ce n'était pas aussi important que la distance du site, ce qui est important c'est que l'exploitant du service d'ambulance sache quoi faire avec vous. En d'autres mots, il peut vous stabiliser, poser un cathéter, vous mettre sous intraveineuse ou ce qu'il faut. J'ai utilisé un délai de réponse de 30 minutes et ensuite un délai de réponse moyen de 60 minutes à un établissement de soins intensifs.

Dans les régions rurales — que ce soit en Saskatchewan, en Colombie-Britannique ou dans le nord de l'Ontario — nous avons besoin d'un bon service quotidien, un service de soins de santé primaires. Cela peut vouloir dire une infirmière clinicienne ayant une formation supérieure: il peut s'agir d'un médecin qui couvre la région, une plus grande région; il peut s'agir d'un médecin présent trois jours par semaine, mais nous avons besoin d'infirmières cliniciennes de haut niveau et d'un bon service quotidien.

Dans des régions de Saskatchewan comme Beechy et peut-être 10 ou 11 autres, où les médecins ne restaient pas, on a mis sur pied un service de soins de santé primaires. Maintenant le médecin est sur appel aux trois semaines plutôt qu'en tout temps avec des infirmières de niveau supérieur: les gens de cette communauté aiment bien ce mode de fonctionnement.

En résumé, nous avons besoin de bons soins de santé primaires et d'un bon service d'ambulance dans ces régions. Mais si vous posez la question: aurons-nous toujours un hôpital de soins intensifs dans ces régions, absolument pas. Je pense que nous devons reconnaître que les petits hôpitaux ne peuvent fournir des soins de santé intensifs, sûrs, de haute qualité en raison de la technologie et de l'infrastructure nécessaires pour fournir ce service. Ce sont là des mots durs pour les résidents de nombreuses régions rurales. Je le reconnais parce que les briques et le mortier d'un hôpital sont devenus le symbole de la santé, mais en réalité ils ne le sont pas.

Le sénateur Carney: J'apprécie votre franchise sur ce sujet parce qu'où j'habite il y a un service de soins de santé primaires dispensé par des travailleurs bénévoles de premiers soins et quelques autres personnes et c'est fort apprécié. Pouvez-vous nous donner une suggestion sur la manière de les améliorer? Les gens doivent voyager des centaines de milles pour leur radiothérapie,

future that might assist people who have to go for treatment under difficult conditions?

Mr. Fyke: I do not have the answer to a snowstorm in Saskatchewan or even — and there is the odd snowstorm in British Columbia but not in Victoria. I guess the hope I am offering them is a good ambulance service. The other issue comes back to the question: What is an insured service? Is transportation and insured service? Right now, it is not and that presents a handicap to people coming from northern areas to, for example, Toronto. Transportation is a major problem. The question is whether there should be some assistance given to those people.

Another concern is that the patient should be admitted to the acute care service — whether it is open heart or hip replacement or cancer treatment — based on need and not location. I have heard rural people complain that the city folks always get the first chance on the acute care. I asked the nurse in the intensive care unit of a large major hospital in Saskatchewan if there was only one ICU bed and there were two accidents on Friday night, one just outside their door and the other one in Yorkton, Saskatchewan, which patient would get that one ICU bed? I wanted to know whether the decision was based on need or on access. I did not get a direct answer, but I assumed from the answer I got that probably the access had something to do with it. That should not be the case. The rural people should have access based on need within. I mean, it is a clinical decision. It is the physician in remote Canada talking to the specialist. We could certainly be a little more sensitive to that issue.

The Chairman: I would like to finish with one question that refers to your question regarding the need to change the culture. Goodness knows that changing corporate culture, industry culture is a very difficult thing. Most of the research we have seen has been based on changing the culture of physicians — almost as if the culture problem was purely a provider problem and the patients had nothing to do with it. That is one of the reasons we put in our report a section that asked how you instil behavioural change in patients as well as physicians. An example we have been bandying around in the committee is that of my own daughter, who takes our grandchildren to a pediatrician for those routine visits that could probably just as easily be done at a well baby clinic. I asked her why she did that. Her response was that there is no incentive not to do it.

It seems to me that there is an issue here. That is the responsibility of patients to use the system in a responsible manner. We have not seen any research in that area at all. Is it right that we should even be asking that question? In other words, how do you make patients more responsible for their own health and for the way they use the system?

par exemple. Voyez-vous quoi que ce soit dans l'avenir qui pourrait aider les gens qui doivent aller suivre un traitement dans des conditions difficiles?

M. Fyke: Je n'ai pas de solution en cas de tempête de neige en Saskatchewan ou même — et il y a la tempête de neige surprise en Colombie-Britannique, mais pas à Victoria. Je crois que l'espoir que je leur offre est un bon service d'ambulance. L'autre question revient à savoir: qu'est-ce qu'un service assuré? Est-ce que le transport est un service assuré? Présentement, il ne l'est pas et cela présente un désavantage pour les gens venant de régions nordiques, à Toronto par exemple. Le transport est un problème majeur. La question est de savoir si on devrait aider ces gens d'une manière ou d'une autre.

Une autre préoccupation est que le patient devrait être admis au service de soins intensifs — qu'il s'agisse d'une chirurgie à cœur ouvert ou d'une greffe de hanche ou d'un traitement du cancer — selon le besoin et non l'emplacement. J'ai entendu des ruraux se plaindre que les citadins ont toujours la première chance de recevoir des soins intensifs. J'ai demandé à une infirmière dans une unité de soins intensifs d'un grand hôpital majeur en Saskatchewan s'il y avait seulement un lit de service de soins intensifs et s'il y avait deux accidents vendredi soir, l'un juste devant la porte et l'autre à Yorkton, Saskatchewan, quel patient obtiendrait ce lit de service de soins intensifs? Je voulais savoir si la décision était fondée sur le besoin ou l'accès. Je n'ai pas obtenu une réponse directe, mais j'ai présumé de la réponse obtenue que vraisemblablement l'accès avait quelque chose à voir dans la décision. Ce ne devrait pas être le cas. Les ruraux devraient avoir un accès conformément aux besoins. Je veux dire, il s'agit d'une décision médicale. C'est le médecin d'une région éloignée du Canada qui parle au spécialiste. Nous pourrions certainement être un peu plus sensibles à la question.

Le président: J'aimerais terminer avec une question qui revient à la vôtre sur le besoin de modifier la culture. On sait fort bien que changer la culture d'une entreprise, d'une industrie est une chose très difficile. La majorité de la recherche dont nous avons pris connaissance s'est appuyée sur un changement de culture des médecins — presque comme si le problème de culture était simplement un problème des fournisseurs, et que les patients n'avaient rien à y voir. C'est l'une des raisons pour lesquelles nous avons inclus dans notre rapport une partie qui demandait comment inspirer un changement de comportement chez les patients et chez les médecins. Un exemple que nous avons fait circuler au sein du comité est celui de ma propre fille, qui amène nos petits-enfants chez le pédiatre pour des visites de routine qui pourraient sans doute tout aussi facilement être faites dans une clinique de soins de santé pour bébé. Je lui ai demandé pourquoi elle faisait cela. Sa réponse a été qu'il n'y avait aucune incitation à faire autre chose.

Il me semble qu'il y a un problème ici. Il appartient aux patients d'utiliser le système d'une façon responsable. Nous n'avons vu aucune recherche dans ce secteur. Est-il judicieux même de poser cette question? En d'autres termes, comment rend-on les patients plus responsables de leur propre santé et de la manière dont ils utilisent le système?

Mr. Fyke: The only research that I have seen may account for 1 per cent and I think that came out of the Canadian Health Research Foundation's data there. But I think that the incentives do have something to do with it. I do not think every child needs to go to the pediatrician; that they could go to the well baby clinic. But I think also we are not organized in a manner in which the physician is tied into the well baby clinic.

I would just leave one comment with you before I conclude, that I would ask you to read a book by Clayton Christensen in the Harvard Business School. He talks about why good companies fail. On this note, he says that listening to the customer is a two-edged sword. Good companies listen to the customers, he says, but only to a certain point. He differentiates between sustaining and disruptive technology. He said that there is always tremendous pressure to make what you have got now better and he uses health as an example. We had the X-ray, then we had the CAT scan, then the MRI and now we have the PET scan. He says that it is time we looked at disruptive technology. The reason you do not implement disruptive technology is your main customer; customers do not like it, but there is a point at which you cannot listen to your customers. To survive you have to implement some disruptive technology. The laptop was a disruptive technology. Primary health reform is a disruptive technology. Christensen says it is time sometimes to save the company. The good companies who survive are the ones that know when not to listen to their customers and they move into disruptive technology for the good of the long term.

I think we are at that point in health, that maybe we need to look at some disruptive technology to save the health system. I refer you to Christensen's book from the Harvard Business School.

The Chairman: I infer from you, that you mean disruptive for patients as well as providers, not just for providers?

Mr. Fyke: Disruptive for the customers, all of them.

The Chairman: For all of them?

Mr. Fyke: All of them. These are tough decisions, but it is a wonderful book to read. A very enlightening book I thought.

The Chairman: Do you know the name of the book?

Mr. Fyke: Clayton Christensen is the author. He has just written about it a couple years ago.

The Chairman: Thank you very much for coming. As usual, a conversation with you is always fascinating.

Senators, our next witnesses are Dave Barrett and Marc Eliesen, the co-chairs of the Tommy Douglas Research Institute. You are among old friends, sir, as you know, and, in fact, Marc and I go back to his Manitoba days in the early 1970s, so that really dates us.

M. Fyke: La seule recherche que j'ai vue peut compter pour 1 p. 100 et je pense qu'elle provenait des données de la Fondation canadienne sur la recherche en santé. Mais je pense que les incitations ont quelque chose à y voir. Je ne pense pas que chaque enfant ait besoin d'aller chez le pédiatre; il pourrait aller à une clinique pour bébés. Mais je pense aussi que nous ne sommes pas organisés de façon à ce que le médecin soit relié à la clinique de soins de santé pour bébé.

Je ferai juste un commentaire avant de conclure, je vous demanderais de lire un livre de Clayton Christensen de la Harvard Business School. Il s'interroge sur l'échec des bonnes entreprises. Il dit qu'écouter les clients est une arme à deux tranchants. Les bonnes entreprises sociétés écoutent les clients, dit-il, mais seulement jusqu'à un certain point. Il différencie la technologie de support et la technologie perturbatrice. Il dit qu'il y a toujours une pression énorme à mieux faire ce que vous faites maintenant, et il utilise les soins de santé comme exemple. Nous avons la radiographie, puis la scanographie, puis l'imagerie par résonance magnétique et maintenant nous avons la tomographie par émission de positrons. Il dit qu'il est temps de considérer la technologie perturbatrice. La raison pour laquelle vous ne mettez pas en oeuvre la technologie perturbatrice est principalement votre client; les clients ne l'aiment pas, mais il arrive un point où vous ne pouvez pas écouter vos clients. Pour survivre, vous devez mettre en oeuvre une certaine technologie perturbatrice. L'ordinateur portable était une technologie perturbatrice. La réforme en soins de santé primaires est une technologie perturbatrice. Christensen dit qu'il est parfois temps de sauver la société. Les bonnes sociétés qui survivent sont celles qui savent quand ne pas écouter leurs clients et passer à la technologie perturbatrice pour leur bien à long terme.

Je pense que nous sommes rendus au point, dans le domaine des soins de santé, où nous avons peut-être besoin de quelque technologie perturbatrice pour sauver le système de santé. Je vous réfère au livre de Christensen du Harvard Business School.

Le président: J'en déduis que vous voulez dire perturbateur pour les patients de même que pour les fournisseurs, et non uniquement pour les fournisseurs?

M. Fyke: Perturbateur pour les clients, tous les clients.

Le président: Pour tous les autres?

M. Fyke: Tous les autres. Ce sont des décisions difficiles, mais un très beau livre à lire. Un livre très révélateur, je crois.

Le président: Connaissez-vous le nom du livre?

M. Fyke: Clayton Christensen est l'auteur. Il a été écrit il y a environ deux ans.

Le président: Merci beaucoup de votre présence. Comme d'habitude, un entretien avec vous est toujours fascinant.

Sénateurs, nos témoins suivants sont Dave Barrett et Marc Eliesen, les présidents conjoints du Tommy Douglas Research Institute. Vous êtes entre vieilles connaissances, messieurs, comme vous le savez, et, de fait, l'amitié entre Marc et moi remonte au début des années 70 au Manitoba, ce qui ne nous rajeunit pas.

Mr. Barrett and Mr. Eliesen have circulated a brief. I wonder if you would hit the highlights of your brief because, as you know, we will want to ask you a lot of questions. Thank you very much for coming and it is nice to see you again since I first met you in the early 1970s just after you became premier.

Dave Barrett, Chair, Tommy Douglas Research Institute: I want to say at the outset how much value there is in this committee doing what you are doing. As a former politician, I think there has never been an understanding of a functioning senate. That does not mean every senator unfortunately. But you represent a functioning senate in a role that the shapers of this nation originally intended. Senator Lawson as well from British Columbia and Ms Carney and Mr. St. Germain, it is a pleasure to see you here and I look forward to the exchange and some useful results out of this experience.

As you said, Mr. Chairman, there is not much point in going through this in detail, but there are a couple of points that I want to make. One of these I struggled with at the end of the last presentation. This is the idea of well baby clinics.

When I was a young social worker in St. Louis, Missouri, and taking my masters in social work, my wife and I arrived in St. Louis with our first child and we went to a well baby clinic in an urban area, close to two university medical centres. It was one of the most shocking experiences I have ever had. If anybody thinks that the private sector is going to run a well baby clinic or the well baby clinics that are available for children in the United States are some kind of example of something different than what we have here, bluntly I say forget it. Go down there and spend a day in a well baby clinic. The smell, the filth, the lack of service is appalling. Young mothers, mostly black, wait for hours, if not a whole day, to have someone do a perfunctory examination of the child. Forty-five million children in the United States do not have primary health care coverage. That is the two-tier system. Anyone who thinks that it is cheaper to go the private route for well baby health care just does not understand or get it in terms of the primary example of the alternative that is available to anybody who wants to see what goes on in the United States.

We in this country went through a culture change, a 30-year political struggle that culminated in the province of Saskatchewan developing a universal payer system. This was not socialized medicine, not an order to attend any particular doctor. It was a universal single payer system that combined the best and the worst of both systems. It has functioned well. It is still provided at a lower GDP than in the United States. It embraces everyone in this country from coast to coast. I would say that if there is a single thing that keeps us together as a nation, it is the single payer system that we have. That is not to say we do not have problems with it; we always will. The problems seem to always focus on money, but there are other problems as well. Canadians cherish their health care system because it underscores our sense

M. Barrett et M. Eliesen ont fait circuler un mémoire. Je me demande si vous voudriez en présenter les points saillants parce que, comme vous le savez, nous désirons vous poser un grand nombre de questions. Un grand merci pour votre présence et il est agréable de vous voir à nouveau depuis notre première rencontre au début de 1970, juste après que vous soyez devenu premier ministre.

M. Dave Barrett, président, Tommy Douglas Research Institute: Je veux tout d'abord dire combien j'apprécie les travaux de ce comité. En tant qu'ancien politicien, je pense qu'il n'y a jamais eu de compréhension d'un sénat fonctionnel. Cela n'est pas vrai de tous les sénateurs malheureusement. Mais vous représentez un sénat qui fonctionne dans le rôle que les fondateurs de la nation avaient conçu initialement. Le sénateur Lawson, également de Colombie-Britannique, Mme Carney et M. St. Germain, c'est un plaisir de vous voir ici et je réjouis de notre échange et des fruits qu'il produira.

Comme vous l'avez dit, monsieur le président, il n'y a guère d'avantage à passer le tout en détail, mais il y a quelques points que je voudrais souligner. Je me suis débattu avec l'un d'eux à la fin de la dernière présentation. C'est l'idée des cliniques pour bébés.

Quand j'étais jeune travailleur social à St-Louis, Missouri, et que je suivais un cours de maîtrise en travail social, ma femme et moi-même sommes arrivés à St-Louis avec notre premier enfant et nous sommes allés à une clinique pour bébés dans une région urbaine, à proximité des deux centres médicaux universitaires. J'ai alors vécu l'une des expériences les plus choquantes de ma vie. Si tout le monde pense que le secteur privé va diriger une puériculture ou que les puéricultures disponibles aux États-Unis sont un exemple différent de ce que nous avons ici, je vous dis franchement, oubliez ça. Allez là bas et passez une journée dans une puériculture. L'odeur, la malpropreté, le manque de service sont épouvantables. Les jeunes mères, surtout noires, attendent pendant des heures, si ce n'est pas une journée entière, pour que quelqu'un fasse un examen superficiel de l'enfant. Quarante-cinq millions d'enfants aux États-Unis n'ont pas de couverture de soins de santé primaires. C'est un système à deux vitesses. Ceux qui pensent que c'est moins coûteux de prendre la route du secteur privé pour les soins de santé aux bébés ne comprennent pas ou ne saisissent pas le sens de l'exemple primaire de solution de rechange à la disposition de tous ceux qui veulent voir ce qui se passe aux États-Unis.

Dans ce pays nous sommes passés par un changement de culture, une lutte politique de 30 ans qui a abouti au développement au Saskatchewan d'un système à payeur universel. Ce n'était pas de la médecine socialisée, pas un ordre de voir un médecin particulier. C'était un système universel à payeur unique qui combinait le meilleur et le pire des deux systèmes. Il a bien fonctionné. Il est encore fourni à un PIB inférieur à celui des États-Unis. Il accueille tout le monde dans ce pays, d'un océan à l'autre. Je dirais que s'il existe une seule chose qui nous garde ensemble comme nation, c'est le système à payeur unique que nous avons. Cela ne veut pas dire que nous n'ayons pas de problèmes avec le système; nous en aurons toujours. Les problèmes semblent toujours se centrer sur l'argent, mais il y a

of being Canadian. I have made that point. There are serious challenges.

We started the Tommy Douglas Research Institute because our wives complained to us about our constant complaints about what was happening to public services and over a bottle of wine one night we decided we would start an institute. Fortunately, we were successful in getting the institute going and we hope to be an "unbiased" biased spokesperson on health care.

Our first publication was to reach out to experts in the field and in January of this year we presented in Toronto "Revitalizing Medicare: Common Problems Public Solutions" by four major health care experts: Dr. Morris Barer, Dr. Robert G. Evans, Dr. Michael Rachlis and Mr. Patrick Lewis, some of whom are very well known to you. The study suggests that the problems in our health care system are being influenced by those with an agenda for profit-based health care. That is an opinion we hold very strongly and — to be blunt about it — one of the spokespersons is the Fraser Institute. The study provides numerous examples where reforms and innovations can occur to make our system more efficient, less expensive and result in a higher quality of medical services.

The major finding is that Canada's public health care system provides the fairest and most efficient mechanism to meet the health challenges of Canadians in the future. It rejects alarmist calls for privatization, noting that many of the innovations already reforming the country's health care system are much easier to introduce in Canada's public system than at a fractured private for-profit system south of the border.

On that, I would just like to relate our own experience in the early 1970s with the unanimous approval of all members of the House. We initiated a province-wide ambulance system that is still functioning today and, along with Seattle's, rates as one of the best in North America.

As stated by Dr. Evans, one of the study's authors, a professor of economics and a member of the Prime Minister's National Forum on Health:

Over fifty years ago, Tommy Douglas launched our grand experiment with universal public health insurance. Back then, Canada and the United States spent about the same proportions of their national income on health care and had similar health status. Now the United States spends 50 per cent more, has 42 million uninsured, and poorer health. Americans are deeply dissatisfied with their health care system, yet can see no way out. We have made a better choice.

d'autres problèmes également. Les Canadiens apprécient grandement leur système de soins de santé parce qu'il sous-tend notre sens d'être Canadien. J'ai souligné ce point. Il y a des défis sérieux.

Nous avons lancé le Tommy Douglas Research Institute parce que nos femmes n'en pouvaient plus de nos plaintes incessantes au sujet de ce qui survenait dans les services publics, et autour d'une bouteille de vin un soir nous avons décidé de lancer l'institut. Heureusement, nous avons réussi à démarrer l'institut et nous espérons être un porte-parole «sans parti pris» en soins de santé.

Notre première parution visait à atteindre les spécialistes dans le domaine et en janvier de cette année nous avons présenté à Toronto «Revitaliser l'assurance-maladie: Solutions publiques aux problèmes communs» par quatre grands spécialistes en soins de santé: le Dr Morris Barer, le Dr Robert G. Evans, le Dr Michael Rachlis et M. Patrick Lewis, vous connaissez très bien certains d'entre eux. L'étude suggère que les problèmes dans notre système de soins de santé sont influencés par ceux qui possèdent un agenda pour les soins de santé basés sur le profit. C'est une opinion à laquelle nous tenons très fortement et — pour être franc — l'un des porte-parole est l'Institut Fraser. L'étude présente de nombreux exemples de réformes et d'innovations susceptibles de rendre notre système plus efficace, moins coûteux et de fournir des services médicaux de qualité supérieure.

La grande conclusion est que le système de soins de santé public du Canada offre le mécanisme le plus équitable et le plus efficace pour répondre aux défis de santé des Canadiens à l'avenir. Il rejette les appels alarmistes à la privatisation, constatant que plusieurs des innovations qui réforment déjà le système de soins de santé du pays sont plus faciles à introduire dans le réseau public du Canada que dans le système privé boiteux à but lucratif que l'on retrouve au sud de la frontière.

À ce sujet, je désirais relater notre propre expérience au début des années 70 avec l'approbation unanime de tous les membres de la Chambre. Nous avons instauré un système d'ambulance dans toute la province qui fonctionne encore aujourd'hui, qui avec celui de Seattle, est évalué comme l'un des meilleurs en Amérique du Nord.

Ainsi que l'a écrit le Dr Evans, l'un des auteurs de l'étude, professeur d'économie et un membre du Forum national du premier ministre sur la Santé:

Il y a plus de cinquante ans, Tommy Douglas a lancé notre grande expérience de l'assurance-maladie publique universelle. À l'époque, le Canada et les États-Unis dépensaient environ les mêmes proportions de leur revenu national en soins de santé, et avaient un état de santé similaire. Maintenant les États-Unis dépensent 50 p. 100 de plus, possèdent 42 millions de non-assurés, et une moins bonne santé. Les Américains sont profondément mécontents de leur système de soins de santé, mais ne voient aucune porte de sortie. Nous avons fait un meilleur choix.

There is no question that although medicare still enjoys broad support, many Canadians have become increasingly concerned that care will not be available for them when they need it.

However, we would argue that these concerns reflect to a considerable degree the public opinion results of the alarming and catastrophic media headlines that Canadians have been bombarded with over the last few years. It is easy to kick the media and some of them are here, so do not take it personally. They represent largely both the nature of the journalistic business as well as the political bias of the owners of the large chunk of that business. They also represent those who historically have always seen health care as a business opportunity. Today, those same critics, with the same motivation, know there is a great deal of money to be made by wrecking our health care system. Let us be blunt about it, there are a lot of bucks to be made in the private health care system — big bucks, lots of money. Look at those survivors on the U.S. stock market.

While the mobility of the media to affect the perception of Canadians is real, there is an entirely different story from the data on those who use the health care system. A study undertaken in October 2000 by Price Waterhouse Coopers indicated that although nearly 60 per cent thought the system worked well, more than 40 per cent agreed that major structural changes were needed to the health care system. Price Waterhouse is not exactly a left-wing organization. Yet, 93 per cent of women, 83 per cent of men, who were patients in the past year of that same survey, describe themselves as very or somewhat satisfied with their care. Noting the differences, Price Waterhouse Coopers representatives suggested that people do not tend to go along with the media.

Seven out of eight patients in Ontario hospitals last year felt they received good to excellent health care, according to an exhaustive health care survey. Based on the responses of 30,000 overnight-stay patients in Ontario hospitals last year, 88 per cent rated their care as good or excellent. More than 90 per cent were happy with their physician care, 89 per cent expressed satisfaction with the services provided by nurses, and 93 per cent hailed the work of physiotherapists, X-ray technicians and other caregivers. According to Michael Dector, Chairman of the Canadian Institute for Health Information, which compiled a report for 95 hospitals for the Ontario government and the Ontario Hospital Association, "It may be that reading the headlines is scarier than actually being in the hospital." I have to give him credit for that line, although it's not a bad line.

The Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation commented recently on research undertaken in both British Columbia and Manitoba on how hospital bed closures affected the health of the population, especially on people aged 65 or older. Media headlines in both provinces were full of doom and gloom.

Il ne fait aucun doute que bien que l'assurance-maladie jouisse encore d'un large appui, de nombreux Canadiens sont de plus en plus préoccupés à la pensée que ces soins ne seront pas disponibles quand ils en auront besoin.

Toutefois, nous soutenons que ces préoccupations reflètent à un degré élevé les effets sur l'opinion publique des manchettes alarmistes et catastrophiques des médias dont les Canadiens ont été bombardés au cours des dernières années. Il est facile de blâmer les médias et certains d'entre eux sont ici, alors ne le prenez pas personnellement. Ils représentent largement à la fois la nature des entreprises journalistiques et le biais politique des propriétaires d'une grande partie de cette industrie. Ils représentent aussi ceux qui historiquement ont toujours considéré les soins de santé comme une occasion d'affaires. Aujourd'hui, ces mêmes critiques, avec la même motivation, savent qu'il y a beaucoup d'argent à faire en détruisant notre système de soins de santé. Permettez-nous d'être franc sur le sujet, il y a beaucoup d'argent à faire dans le système de soins de santé privé — de gros sous, beaucoup d'argent. Regardez les rescapés sur le marché américain des actions.

Bien que la capacité des médias à influencer la perception des Canadiens soit réelle, les données sur les utilisateurs du système de soins de santé racontent une histoire entièrement différente. Une étude entreprise en octobre 2000 par Price Waterhouse Coopers démontre que bien que près de 60 p. 100 pensent que le système fonctionne bien, plus de 40 p. 100 admettent que des grands changements structurels sont nécessaires. Price Waterhouse n'est pas exactement un organisme de gauche. Or, 93 p. 100 des femmes, 83 p. 100 des hommes, qui ont été des patients durant la dernière année de cette même étude, se décrivent comme très ou assez satisfaits de leurs soins. Constatant les différences, les représentants de Price Waterhouse Coopers suggèrent que les gens n'ont pas tendance à suivre les médias.

Sept patients sur huit dans des hôpitaux de l'Ontario l'an dernier pensaient avoir reçu d'excellents soins de santé, selon un sondage exhaustif en soins de santé. Fondé sur les réponses de 30 000 patients d'une nuitée dans des hôpitaux de l'Ontario l'an dernier, 88 p. 100 évaluaient leur hospitalisation comme bonne ou excellente. Plus de 90 p. 100 étaient heureux des soins de leur médecin, 89 p. 100 ont exprimé leur satisfaction avec les services dispensés par les infirmières, et 93 p. 100 ont applaudi le travail des physiothérapeutes, des techniciens en radiographie et d'autres dispensateurs de soins. Selon Michael Dector, président de l'Institut canadien pour l'information en santé, qui a colligé un rapport sur 95 hôpitaux pour le gouvernement de l'Ontario et l'Association des hôpitaux de l'Ontario, «il se peut que lire les manchettes fasse plus peur que l'hospitalisation elle-même». Je dois lui donner du crédit pour cette phrase, bien qu'elle ne soit pas mauvaise.

Le Centre de politique et d'évaluation de la santé du Manitoba a commenté récemment une recherche entreprise en Colombie-Britannique et au Manitoba sur la façon dont des fermetures de lits d'hôpitaux ont affecté la santé de la population, notamment les gens de 65 ans ou plus. Les manchettes des médias dans les deux

forecasting more deaths and more difficulty getting into hospitals. In both cases, the data did not bear out the predictions.

We believe, with some bias, that there is a well-orchestrated campaign to destroy Canada's public health care system. It is a campaign characterized by a language of crisis to describe the current state of the Canadian health care system, and in our view does not contribute to a thoughtful debate about the future of the country's national health care system.

The reform rhetoric on Canada's health care system over the last number of months has focussed on the exploding costs and our "inability to pay" for increasing public health expenditures.

The Tommy Douglas Research Institute maintains the campaign on "sustainability" is profoundly misleading and bears no relationship with the numerous studies and reports undertaken for the past 30 years showing that our public system is more efficient and less costly than any for-profit alternative.

Publicly financed health care costs have never, ever over their entire history "exploded" out of control in Canada. In fact, the rate of health care expenditures decreased after the establishment of the completion of universal coverage for hospitals and medicare, thus containing costs rather than escalating them.

I would like to refer you to a Stanford University study on the comparison of costs between the Canadian single-payer system and the American system. One of the things that stood out in my memory of reading that particular Stanford study was the administrative costs. Twenty-three per cent of every dollar in private health care in the United States goes to administration; here in Canada it is 9 per cent. Think about it. Think of that tremendous difference in costs in administration.

Total health care expenditures in Canada over the last 25 years — 1975 to 2000 — adjusted for population and inflation, shows small, steady increases from 1975 to 1991, with annual decreases from 1992 to 1996, followed by a forecast average of 3.6 per cent increase in the last three years. Actual total health care expenditures are not yet available for 1999 and 2000.

Prior to the introduction of universal health care insurance, the private sector accounted for 57 per cent of the total health care expenditures. After full medicare implementation by 1975, the public sector share had increased to about 75 per cent, while the private share stayed at 25 per cent. These respective shares remained relatively constant until 1985. Then there was a levelling off of public expenditures with the public sector sharing amount reduced to 70 per cent and the private sector share 30 per cent.

Again, when adjusted for inflation and population, public sector expenditures increased slowly with no out-of-control spiralling from 1975 to 1992 — "No out-of-control spiralling" will be the major headline in the newspapers tomorrow, but don't bet on it. It then decreased in real terms from 1992 to 1997. I emphasize "decreased" in real terms. During this time Canada was the only

provinces étaient pleines de désastre et de désespoir, prévoyant plus de décès et plus de difficultés à être admis dans les hôpitaux. Dans les deux cas, les prédictions ne se sont pas concrétisées.

Nous croyons, avec quelque parti pris, qu'il y a une campagne bien orchestrée pour détruire le système de soins de santé public du Canada. C'est une campagne caractérisée par un langage de crise pour décrire l'état actuel du système de soins de santé canadien, et qui ne contribue pas selon nous à un débat serein autour de l'avenir de système de soins de santé national du pays.

La rhétorique de réforme du système de soins de santé du Canada au cours des derniers mois se concentrait sur l'explosion des coûts et sur notre «incapacité à payer» pour des dépenses grandissantes en soins de santé publics.

Le Tommy Douglas Research Institute soutient que la campagne sur la «soutenabilité» est profondément trompeuse et n'a aucun rapport avec les nombreuses études et rapports entrepris au cours des 30 dernières années démontrant que notre réseau public est plus efficace et moins coûteux que toute autre solution du système à but lucratif.

Les coûts des soins de santé publiquement financés n'ont jamais, au grand jamais durant toute leur histoire «explosé» hors de tout contrôle au Canada. En fait, le taux de dépense en soins de santé a diminué après l'établissement complet de la couverture universelle pour les hôpitaux et l'assurance-maladie, donc contenant les coûts plutôt que de les faire monter.

J'aimerais vous référer à une étude de l'université Stanford sur la comparaison des coûts entre le système canadien à payeur unique et le système américain. Une des choses qui ressortaient, de mon souvenir de lecture de cette étude particulière de Stanford, était les coûts d'administration. Vingt-trois pour cent de chaque dollar dans les soins de santé privés aux États-Unis sont consacrés à la gestion; ici au Canada, c'est 9 p. 100. Pensez-y. Pensez à cette différence énorme dans les coûts de gestion.

Le total des dépenses en soins de santé au Canada au cours des derniers 25 ans — 1975 à 2000 — ajusté pour la population et l'inflation, révèle de petites et régulières augmentations de 1975 à 1991, avec une réduction annuelle de 1992 à 1996, suivi par une moyenne d'augmentation prévue de 3.6 p. 100 dans les trois dernières années. Les dépenses réelles totales en soins de santé pour 1999 et 2000 ne sont pas encore connues.

Antérieurement à l'introduction de l'assurance de soins de santé universels, le secteur privé représentait 57 p. 100 du total des dépenses en soins de santé. Après la mise en oeuvre complète de l'assurance-maladie en 1975, la part du secteur public avait augmenté autour de 75 p. 100, pendant que celle du secteur privé demeurait autour de 25 p. 100. Ces parts respectives sont demeurées relativement constantes jusqu'en 1985. Puis il y a eu le plafonnement des dépenses publiques avec la part du secteur public réduite à 70 p. 100 et celle du secteur privé à 30 p. 100.

Encore une fois, ajustées pour l'inflation et la population, les dépenses du secteur public ont augmenté lentement, sans croissance incontrôlable de 1975 à 1992 — «Sans croissance incontrôlable» serait la grande manchette dans les journaux du lendemain, mais ne misez pas là-dessus. Puis les dépenses ont diminué en termes réels de 1992 à 1997. Je souligne «diminué» en

OECD country to experience a decrease in public sector health financing on a per capita basis. The forecast real increase of 3.6 per cent for the 1998-2000 period has been acknowledged as catch-up increases, which resulted from the federal government's allocating an additional \$23 billion to the provinces in the year 2000.

In comparison with other OECD countries, Canada public sector health spending in 1998 accounted for 69.6 per cent of the total health care expenditures, compared with an average of 73.6 per cent for the OECD countries. Accordingly, Canada placed 21st amongst the lowest level of public health care costs for these countries.

The historical record provides no evidence, past or current, of "out-of-control" public health care expenditures. The advocates for profit health care introduced the notion that the aging baby boomers will bankrupt our universal health care system. Well, I want to tell you the baby boomers have got one on all of us: They are looking after themselves. They are reading books on their individual responsibility for their own health care maintenance. If Canadians would accept their individual responsibility for health care maintenance for their bodies as much as they do for their automobiles, we would all be one hell of a lot better off. Cars are taken in for oil and lube jobs. Cars are taken in to have the air pressure in their tires checked. Cars are taken in and shined up and polished. A little bit of cleanliness, check up on your blood pressure once in a while, drink a little less scotch for lubricant, and stop smoking and things can improve. The baby boomers are showing that. There is actually a decrease in the use of acute care beds for chronic illnesses in this country. Do not tell everybody about that, but hospital administrators know it.

We have to assume individual responsibility for our own primary health care, and that comes from education. While I lecture everybody in this room about that, that does not apply to me when I overeat. It is the restraint shown by the baby boomers that my generation has not. It is tough to look after ourselves when we are tempted with so many things. It really is. We are too well fit, frankly. Thus we see a repeat of the same tactics used against Canadians in the early 1990s — that Canada was hitting a debt wall given the extrapolation of then current public sector deficits. When the economy reversed itself and experienced substantial growth, government revenues increased, deficits disappeared, and all provinces were doing much better.

It is true, of course, that older people do, on average, need and use more health care. The rhetoric of crisis, however, which portrays the health system as facing imminent collapse, is at odds with all the available evidence in Canada and international empirical evidence as well.

termes réels. Pendant ce temps, le Canada était le seul pays de l'OCDE à vivre une réduction dans le financement du secteur des soins de santé publics per capita. La projection de l'augmentation réelle de 3.6 p. 100 pour la période de 1998-2000 est reconnue comme une période de rattrapage, résultant de l'allocation par le gouvernement fédéral de 23 milliards supplémentaires aux provinces en 2000.

Comparativement à d'autres pays de l'OCDE, les dépenses en soins de santé publics du Canada en 1998 représentaient 69.6 p. 100 du total des dépenses en soins de santé, comparées à une moyenne de 73.6 p. 100 pour les pays de l'OCDE. En conséquence, le Canada se classait 21^e parmi ceux ayant les plus bas coûts en soins de santé publics de ces pays.

Jamais, ni dans le passé ni actuellement, nous n'avons assisté à une hausse incontrôlable du coût des soins de santé. Les avocats des soins de santé à but lucratif peuvent introduire la notion que les baby-boomers vieillissants vont ruiner notre système de soins de santé universels. Eh bien, je veux vous dire que les baby-boomers ont une avance sur nous tous: Ils s'occupent d'eux-mêmes. Ils lisent des livres sur leur responsabilité personnelle pour le maintien de leurs propres soins de santé. Si les Canadiens acceptaient leur responsabilité personnelle pour le maintien des soins de santé de leur corps autant qu'ils le font pour leurs automobiles, nous serions tous en bien meilleure situation. Les voitures sont amenées pour une vidange d'huile et une lubrification. Les voitures sont amenées pour vérifier la pression dans les pneus. Les voitures sont amenées pour un lavage et polissage. Un peu de propreté, une vérification de votre tension artérielle une fois de temps à autre, boire un peu moins de scotch comme lubrifiant, et arrêter de fumer, et les choses peuvent s'améliorer. Les baby-boomers le démontrent. Il y a réellement une diminution dans l'utilisation des lits d'hospitalisation de courte durée pour des maladies chroniques dans ce pays. Ne le dites pas à tout le monde, mais les administrateurs d'hôpitaux le savent.

Nous devons assumer une responsabilité personnelle pour nos propres soins de santé primaires, et cela vient de l'éducation. Pendant que je sermonne tout le monde dans cette salle sur ce sujet, ceci ne s'applique pas à moi quand je mange avec excès. Il s'agit de la modération que démontrent les baby-boomers, que ma génération n'a pas. C'est fort difficile de prendre soin de soi quand nous sommes tentés par tant de choses. C'est vrai. Franchement, nous sommes trop bien organisés. En conséquence nous assistons à une répétition de la tactique employée envers les Canadiens au début des années 90 voulant que le Canada soit face à un mur de dettes si persistaient les déficits d'alors dans le secteur public. Quand l'économie s'est inversée et a connu une croissance importante, les revenus gouvernementaux ont augmenté, les déficits ont disparu, et toutes les provinces allaient beaucoup mieux.

Il est vrai, bien sûr, que les plus vieux, en moyenne, ont besoin et utilisent davantage les soins de santé. La rhétorique de crise, toutefois, qui décrit le système de soins de santé comme faisant face à un effondrement imminent, va à l'encontre de toutes les preuves disponibles au Canada, et également les preuves empiriques internationales.

For those wanting to introduce to Canada a two-tier health care system, a for-profit, private health care system, along side our current non-profit one — especially in hospitals — it is instructive to review the numerous studies and evaluations undertaken. The basic conclusion: For-profit health care delivery is significantly more expensive, with poorer quality health care, compared to public or not-for-profit health care.

I want to talk about something that is very serious, along with the serious things that we are all talking about related to health care. It is a bit of a diversion, but I would like you to listen to this because it is alarming and I was so alarmed with this I wrote a personal letter to Premier Mike Harris in Ontario about this issue because of a statement he made about bringing private health care to Ontario. The U.S. Department of Justice has estimated that of the US\$1.5 billion recovered from fraud cases between 1997 and 2000, some \$840 million was from the for-profit health care sector, with the remainder of that recovery coming from drug lords and organized crime. To respond to the rising private sector health care fraud, many states have had to create health care fraud units. The numbers of lawyers and investigators dedicated to health care fraud has risen 58 per cent since 1994 and the FBI have increased field agents in this area by 340 per cent. It is clear that health care services provided by the for-profit sector are more prone to fraudulent abuses than services offered by the public or not-for profit health care sector. This has led to a booming increase of litigation by people in the United States on the private sector health care givers simply as a matter of knee-jerk response.

On a personal note and I do not think it is totally inappropriate. Extencicare has pulled out of some of the American states, Senator Kirby, because of this reason. It is a fact that these things are happening.

In concluding this presentation, the institute would like to comment on your desire to seek a non-ideological debate on the question of health care. I do not think it is possible, but I will try to be non-ideological. We note, however, that some of your questions and possible recommendations by their nature and structure are ideological. You ask, "Whether it is fair to deny people who can afford to buy health services the right to buy those services." I have never refrained from saying "go south and buy your own health care if you want to." I never denied it to anybody. Anybody who wants to spend money in the American health care system: if they are not happy here, go right ahead. However, read the Harvard study that shows the comparison of satisfaction between Canadian health care providers and users and American providers and users and Canada comes out far ahead in satisfaction. I have never denied the right of a billionaire or a millionaire or anybody to head south and spend their money. No problem, you are free to do it, but that should not be an argument to deny increased access to better public health in this country.

Pour ceux qui désirent introduire au Canada un système de soins de santé à deux vitesses, un système de soins de santé privés à but lucratif, en parallèle au système actuel sans but lucratif — notamment dans les hôpitaux — il est instructif d'examiner les nombreuses études et les évaluations entreprises. La conclusion de base: la fourniture des soins de santé à but lucratif est considérablement plus coûteuse, avec une plus faible qualité de soins de santé, par rapport aux soins de santé publics ou sans but lucratif.

Je veux parler de quelque chose de très sérieux reliée aux soins de santé, en même temps que des choses sérieuses dont nous parlons tous. C'est en quelque sorte une diversion, mais j'aimerais que vous écoutiez parce ce que c'est alarmant et j'ai été si alarmé que j'ai écrit une lettre personnelle au premier ministre Mike Harris de l'Ontario au sujet d'une déclaration qu'il a faite sur l'introduction des soins de santé privés en Ontario. Le ministère américain de la Justice a estimé que du 1.5 milliard de dollars américains recouverts de fraudes commises entre 1997 et 2000, 840 millions provenaient du secteur des soins de santé sans but lucratif, avec le reste de cette récupération des barons de la drogue et du crime organisé. Pour répondre à l'augmentation des fraudes dans le secteur privé des soins de santé, maints États ont dû créer des unités de fraude en soins de santé. Le nombre d'avocats et d'enquêteurs spécialisés en fraude en soins de santé a augmenté de 58 p. 100 depuis 1994 et le FBI a augmenté les agents sur le terrain dans ce secteur de 340 p. 100. Il est clair que les services de soins de santé fournis par le secteur à but lucratif sont plus enclins à des abus frauduleux que ceux offerts par le secteur public ou sans but lucratif. On a assisté à une augmentation remarquable des procès aux États-Unis contre les dispensateurs de soins de santé du secteur privé simplement comme réponse réflexe.

Sur une note personnelle et je ne pense pas que c'est totalement déplacé. Extencicare s'est retiré de certains des États américains, et pour cette raison, sénateur Kirby. Il est indéniable que ces choses se produisent.

Pour conclure cette présentation, l'institut aimerait commenter sur votre désir de chercher un débat non idéologique sur la question des soins de santé. Je ne pense pas que ce soit possible, mais j'essaierai d'être non idéologique. Nous constatons, toutefois, que certaines de vos questions et de vos recommandations possibles, de par leur nature et leur structure, sont idéologiques. Vous demandez «s'il est équitable de refuser à des gens qui sont en mesure d'acheter des services de santé le droit d'acheter ces services». «Je ne me suis jamais abstenu de dire «Allez dans le sud et achetez vos propres soins de santé si vous le voulez». Je ne l'ai jamais refusé à quelqu'un. Tout le monde qui veut dépenser de l'argent dans le système de soins de santé américain, s'ils ne sont pas heureux ici, qu'ils y aillent. Toutefois, lisez l'étude de Harvard qui montre la comparaison de la satisfaction entre les dispensateurs et utilisateurs de soins de santé canadiens et les utilisateurs et fournisseurs américains, et vous constaterez que le Canada est largement en avance au niveau de la satisfaction. Je n'ai jamais nié le droit d'un milliardaire ou d'un millionnaire, ou de qui que ce soit d'aller dans le sud et de dépenser son argent. Aucun problème, vous êtes libre de le faire, mais cela ne devrait pas être

Dr. Bob Evans at the University of British Columbia has properly classified health user fees as a "zombie" of health care policy — "a dumb idea that has been discredited again and again but just won't die." What Dr. Evans does not understand, those of us who were in politics often enunciated dumb ideas because we thought we could get votes with it. I did it myself. I had to pay the benefit or the penalty of it on occasion. User fees are a dumb idea: they do not work. Just as plain and simple, all the research shows that. Not that that stopped me from using dumb ideas again and again, and I was my own victim of my own policy on occasion.

Senators, Tommy Douglas, the father of hospitalization and medicare, saw well ahead the need for reshaping and strengthening of our health care system. In 1961, he described his groundbreaking Saskatchewan legislation "to remove the financial barrier between those who need health care and those who provide it" as only the first step. The second step, he suggested, would be to establish a new type of delivery system in the health care field: a system that included community-based care, preventative medicine that focussed on maintaining health care and alternative mechanism for paying providers of care.

During the very brief period of time we were in office in the 1970s, we asked an eminent physician, Dr. Richard Foulks, who had had a tremendous career in the Royal Canadian Air Force and later as a hospital administrator in New Westminster, to do a study for us. That Foulks report was barely touched by us in government and that fact is one of my major, major regrets in the condensed time that we had when we were in power. It was a blueprint written in the 1970s that mirrored what Tommy Douglas dreamt and hoped about us reaching based on community care facilities. The position, with emphasis on the principles of universality and public administration, has been supported by numerous provincial reports and by the National Forum on Health which submitted its four-year report in 1998. It would be foolish, and indeed disastrous, to accept the diagnosis and "therapies" offered by medicare's enemies: enemies who know there is a great deal of money to be made by wrecking medicare.

I want to thank you, senators, for giving us the opportunity to present our biased point of view. We cherish our biased point of view. We back it up with the statistics and information that we can provide to our biased point of view and we are happy to debate this anywhere at any time with any other institute which is to present their biased point of view. Let us have a go publicly. All the evidence to us indicates that we are a very, very lucky people in this country. We are very lucky to have the kind of health care system that we have and we have an obligation to maintain it.

un argument pour refuser l'accès accru à de meilleurs soins de santé dans ce pays.

Le Dr Bob Evans de l'Université de la Colombie-Britannique a classifié correctement les honoraires d'utilisateur de soins de santé comme un «zombie» de la politique de soins de santé «une idée stupide qui a été discréditée à maintes et maintes reprises, mais qui rebondit toujours». Ce que le Dr Evans ne comprend pas, c'est que ceux d'entre nous qui ont été en politique ont souvent énoncé des idées stupides parce que nous pensions pouvoir ainsi obtenir des votes. Je l'ai moi-même fait. J'ai dû en payer à l'occasion l'avantage ou la pénalité. Les honoraires d'utilisateur sont une idée stupide: ils ne fonctionnent pas. Aussi pur et simple que cela, toute la recherche le démontre. Et cela ne m'a pas empêché d'utiliser des idées stupides à maintes et maintes reprises, et j'ai été à l'occasion la victime de ma propre politique.

Sénateurs, Tommy Douglas, le père de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance-santé, a vu longtemps d'avance le besoin de refaçonner et de renforcer notre système de soins de santé. En 1961, il a décrit sa législation révolutionnaire pour la Saskatchewan: «enlever la barrière financière entre ceux qui ont besoin de soins de santé et ceux qui les dispensent» comme étant seulement la première étape. Il suggérerait que la deuxième étape serait d'établir un nouveau type de système de livraison des soins de santé sur le terrain: un système qui comprend des soins basés dans la communauté, de la médecine préventive focalisée sur le maintien des soins de santé et un mécanisme de rechange pour les dispensateurs de soins.

Durant le court laps de temps où nous avons été au pouvoir dans les années 70, nous avons demandé à un médecin éminent, le Dr Richard Foulks, qui avait eu une carrière remarquable dans l'Armée de l'air canadienne et ultérieurement comme administrateur d'hôpital à New Westminster, de faire une étude pour nous. Nous avons à peine touché à ce rapport Foulks au gouvernement pendant la courte période où nous avons été au pouvoir, ce qui a toujours été l'un de mes très, très grands regrets. C'était un projet écrit dans les années 70 qui reflétait le rêve de Tommy Douglas et ce qu'il espérait que nous réalisions en tenant compte des installations communautaires de soins de santé. La position, avec l'emphasis sur les principes d'universalité et la gestion publique, a été soutenue par de nombreux rapports provinciaux et par le Forum national sur la santé qui a soumis son rapport quadriennal en 1998. Il serait ridicule, et même désastreux, d'accepter le diagnostic et «les thérapies» offerts par les ennemis de l'assurance-maladie: les ennemis qui savent qu'il y a beaucoup d'argent à faire en détruisant l'assurance-maladie.

Je veux vous remercier, sénateurs, de nous avoir donné l'occasion de présenter notre point de vue biaisé. Nous chérissons notre point de vue biaisé. Nous le soutenons avec des statistiques et des informations que nous pouvons fournir là-dessus, et nous sommes heureux de discuter de cela, n'importe où, à tout moment, avec tout autre institut qui présente son point de vue biaisé. Laissez-nous y aller publiquement. Toutes les preuves nous démontrent que nous sommes des gens très, très chanceux dans ce pays. Nous sommes très chanceux d'avoir le genre de système de soins de santé que nous avons, et nous avons une obligation de le maintenir.

We would be happy to answer any questions.

The Chairman: Thank you for your usual, "unprovocative" statement and as usual, sir, extremely well expressed.

Senator LeBreton: Mr. Barrett, thank you very much for appearing today. It only makes me wish as a federal politician that we had had you in Ottawa a little longer. Unfortunately, Parliament is missing some of this right now.

I was there at the time with Diefenbaker when the Hall Royal Commission was struck, which was the forerunner to medicare in Canada and where the five principals of medicare were established: universality, accessibility, comprehensiveness, affordability, and public administration. The system at the time, as we have heard many people say, was designed in the 1950s and 1960s for a doctor-hospital based system as you quite rightly point out. You talk about community-based care, preventative medicine and new ways to pay for care providers. If Tommy Douglas were here today, how would he have been portraying the system that was set up in Saskatchewan in light of modern day needs, the aging population, the home care requirement, now pharmaceuticals and the new technologies? What would you think he would be saying to us today if he were sitting in your spot?

Mr. Barrett: I think Mr. Eliesen worked with Tommy in the administrative realm far more than I did. My experience with Tommy was totally political. I can say from his own sense of who he was and why he came into public life and the deep religious conviction within him, his response would be fairly close, I hope, to what Mr. Eliesen and I are trying to do with the institute. I think he would want to talk about incorporating new ideas and approach innovative methods. Beyond that, I think one of the things he would single out is that "doctor-bashing" or "nurse-bashing" is a serious mistake in this country and it does take place. We have dedicated staff and they do not get enough public attention for their dedication and the service, as the statistics show. Mr. Douglas would encourage choices made by the professions in terms of delivery of service, which still seems to be a stumbling block.

There are 298 nurse practitioners now in Ontario who are not being fully utilized because of a barrier that is real or perceived between the medical profession and the nurses. He would be concerned about that, the need for the deeper dialogue and understanding of integrating services and roles professionally. He would never have lost his sense of humour.

He would say, in my opinion that this is a time for the pause to reflect perhaps later than sooner; this is the time to pick out the best from our experience. If somebody wants to use an industrial relations or business practices as an example, all businesses, public or private, have to re-evaluate what they are doing and how they do it. Excellence comes from making hard decisions.

Nous serons heureux de répondre à toutes vos questions.

Le président: Merci de votre présentation comme d'habitude «non provocatrice» et comme d'habitude, monsieur, extrêmement bien dite.

Le sénateur LeBreton: Monsieur Barrett, merci beaucoup pour votre comparution aujourd'hui. Ce qui me fait tout simplement souhaiter comme politicien fédéral à Ottawa que nous ayons pu vous avoir un peu plus longtemps. Malheureusement, le Parlement manque présentement de ce genre de chose.

J'y étais à l'époque avec Diefenbaker, quand la Commission royale Hall, précurseur à l'assurance-maladie au Canada a été mise sur pied, et où les cinq principes de l'assurance-maladie ont été établis: l'universalité, l'accessibilité, la couverture exhaustive, l'abordabilité, et la gestion publique. Le régime à l'époque, comme nous avons entendu maintes personnes le dire, a été conçu dans les années 50 et 60 pour un système basé sur le médecin-hôpital comme vous le faisiez correctement remarquer. Vous parlez de soins de santé basés dans la communauté, de médecine préventive et de nouvelles manières de rémunérer les dispensateurs de soins de santé. Si Tommy Douglas était ici aujourd'hui, comment aurait-il décrit le système qui a été mis sur pied en Saskatchewan à la lumière des besoins modernes, de la population vieillissante, des exigences des soins à domicile, maintenant des produits pharmaceutiques et des nouvelles technologies? Que pensez-vous qu'il nous dirait aujourd'hui s'il était assis à votre place?

M. Barrett: Je pense que M. Eliesen a travaillé avec Tommy dans le domaine administratif beaucoup plus que moi. Mon expérience avec Tommy était totalement politique. En me fiant à la conception qu'il avait de lui-même et au pourquoi de son engagement dans la vie publique et de sa conviction religieuse profonde, sa réponse serait assez passablement proche, j'espère, de celle que M. Eliesen et moi d'apporter avec l'institut. Je pense qu'il voudrait parler d'incorporer de nouvelles idées et d'aborder des méthodes innovatrices. Au-delà de cela, je pense qu'une des choses qu'il rejetterait est le fait de «dénigrer le médecin ou l'infirmière», ce qui est une erreur grave dans ce pays et il y en a beaucoup. Nous avons un personnel dévoué et il n'obtient pas assez d'attention publique pour son dévouement et ses services, comme les statistiques le démontrent. M. Douglas encouragerait les choix faits par les professions en matière de livraison des services, ce qui semble encore constituer une barrière.

Il y a 298 infirmières licenciées maintenant en Ontario qui ne sont pas entièrement utilisées à cause d'une barrière qui est réelle ou perçue entre la profession médicale et celle des infirmières. Il serait préoccupé par cela, le besoin d'un dialogue plus profond et de comprendre l'intégration professionnelle des services et des rôles. Il n'aurait jamais perdu son sens de l'humour.

Il dirait, à mon avis qu'il est temps de prendre du recul pour réfléchir peut-être de préférence maintenant que plus tard; c'est le temps de recueillir la meilleure de notre expérience. Si quelqu'un veut employer les relations industrielles ou les pratiques d'affaires comme exemple, toutes les entreprises, publiques ou privées, doivent réévaluer ce qu'elles font et comment elles le font. L'excellence résulte de la prise de décisions difficiles.

One of the hard decisions on the cancer clinics was to go to Kelowna and Victoria. He would make those kind of decisions in terms of an urban centre being able to provide the services — but are we also assisting in the transportation? In some cases we are. This kind of constant thinking and revising and challenging would have been T.C. Douglas' approach. Even after that disastrous doctor strike in Saskatchewan, there was never any hostility held between the profession and Tommy Douglas and, of course, his successors.

One of your own colleagues, "Staff" Barootes, I believe — was an opponent of T.C. Douglas. I was on a parliamentary trip with Staff and he came up to me in his wonderfully colourful language and described to me his own reaction from the beginning of health care with Tommy and he ended up loving the guy. Tommy was able to sell, to move, to push. When I saw one of his most severe critics coming around to saying he was right, we were wrong and we all have to move forward together, it kind of bowled me over.

I do not think he would have said any simple solution. I think he would have said to do what you are doing here as a Senate committee is very important. The Romanow Health Care Commission is very important. Yes, I know that people are in a hurry, but hurry is when you make mistakes. Tommy Douglas would say take your time, think it through, this is a good time to pause, nobody's getting hurt by it and then go on from there. That is what I think his response would be.

Senator LeBreton: Mr. Eliesen, do you want to add to that?

Mr. Eliesen: The first job I had after graduate school in economics was with the Hall Commission. I was the research economist to the commission's director of research. The principal issue at that time for a group of small 'c' conservative commissioners who had certain biases given their experience over the years, was that the evidence was too overwhelming in terms of a single payer public system that that is what they had to recommend. The evidence suggested it. Tommy Douglas always felt that way. However, his primary purpose — given his early personal experiences, problems with his own body, et cetera as a youth — was the question of accessibility and the inability to pay. I feel quite strongly today that he would want to ensure that the system maintained the accessibility, which is based on ability to pay to continue in the future.

Senator LeBreton: In the changing dynamics that we live with now, where there is less time spent in hospitals and more time spent recuperating at home, how would you restructure the system to make home care as part of the coverage under the health care system?

Mr. Eliesen: This is obviously a difficult area. We do not live in a unitary state. We have a federal-provincial system and clearly, health services, although greatly influenced by the federal government through financing mechanisms over time, must remain a provincial responsibility. However, as I think your own paper points out, there are opportunities for the federal government to provide certain kinds of financing, to change some of the

L'une des décisions les plus difficiles sur les cliniques de cancer était d'aller à Kelowna et à Victoria. Il prendrait ce genre de décision en fonction du fait qu'un centre urbain est en mesure de fournir les services — mais aidons-nous également pour le transport? Nous le faisons dans certains cas. Cette sorte de réflexion incessante, de révision et de questionnement aurait été l'approche de T.C. Douglas. Même après cette grève désastreuse des médecins en Saskatchewan, il n'y a jamais eu d'hostilité entre la profession et Tommy Douglas et, bien sûr, ses successeurs.

Un de vos propres collègues, «Staff» Barootes, je crois — était un adversaire de T.C. Douglas. J'étais en voyage parlementaire avec Staff, il m'a approché avec son langage merveilleusement coloré, il m'a décrit sa propre réaction des débuts des soins de santé avec Tommy, et il a fini par aimer le gars. Tommy était capable de vendre, de déplacer, de pousser. Quand j'ai vu un de ses plus sévères critiques changer d'avis et avouer qu'il avait raison, nous avions tort et nous devons tous aller de l'avant ensemble, cela m'a complètement renversé.

Je ne pense pas qu'il aurait parlé de solution simple. Je crois qu'il aurait dit que ce vous faites ici au comité sénatorial est très important. La Commission Romanow sur les soins de santé est très importante. Oui, je sais que les gens sont pressés, mais c'est en se hâtant que l'on fait des erreurs. Tommy Douglas dirait prenez votre temps, pensez-y à fond, c'est un bon moment pour prendre une pause, personne ne subit de préjudice et ensuite partez de là. C'est ce que je crois que sa réponse aurait été.

Le sénateur LeBreton: Monsieur Eliesen, désirez-vous ajouter quelque chose?

M. Eliesen: Le premier emploi que j'ai eu après mes études supérieures en économie a été avec la Commission Hall. J'étais l'économiste-rechercheur du directeur de recherche de la commission. La principale position à ce moment-là d'un groupe de commissaires conservateurs avec un petit «c» ayant certains a priori, étant donné leur expérience au cours des ans, était que la preuve était si manifeste en faveur d'un système public à payeur unique que c'est ce qu'ils devaient recommander. Les faits l'exigeaient. Tommy Douglas y a toujours cru. Toutefois, son but premier — étant donné ses expériences personnelles de jeunesse, les problèmes avec son propre corps, et cetera — était la question d'accessibilité et d'incapacité à payer. Je crois très fermement aujourd'hui qu'il aurait voulu s'assurer que le système maintiendra une accessibilité fondée sur la capacité de payer, se poursuive dans le futur.

Le sénateur LeBreton: Dans la dynamique changeante dans laquelle nous vivons maintenant, où il y a moins de temps passé dans les hôpitaux et plus de temps à récupérer à domicile, comment restructureriez-vous le système pour couvrir les soins à domicile?

M. Eliesen: C'est évidemment un domaine difficile. Nous ne vivons pas dans un État unitaire. Nous avons un système provincial-fédéral et clairement, les services de soins de santé, bien que grandement influencés par le gouvernement fédéral par le biais des mécanismes de financement dans le temps, doivent demeurer une responsabilité provinciale. Toutefois, comme votre propre document le fait bien ressortir, il y a des occasions pour le

methods for future benefit. I think that has been a problem with which a lot of people have struggled over the last number of years: The federal government — particularly during the 1990s — opted out of the health care sector and tossed the burden over to the provinces.

For the future, it is significantly important that the federal government to come to the table and provide that kind of leadership — not only in home care or primary care, but also in terms of overall drug policy.

Senator LeBreton: As well as preventive health care.

Mr. Eliesen: Yes, very much so.

Senator Carney: I have one practical problem with your report and that is that as far as I can see, the report that you have given us contains no bibliography. The quotes in it are not sourced so we do not know what the studies or the references are.

Mr. Eliesen: Senator Carney, we can easily make that available.

Senator Carney: Okay, because you draw conclusions based on material you present to us, but in the absence of source data it is hard to evaluate how you reach those conclusions.

Mr. Barrett: A valid criticism and we will provide that to the Senate.

Senator Carney: My second point is I think that you are in denial about some of the material that you have presented here. One topic is wait lists. You indicate in this report by saying that once people are in a hospital they are very satisfied with the experience. I think many Canadians would agree that once they get into hospital they are very satisfied with the experience.

The problem is that it is undeniable that we wait and increasingly wait for services. I have been associated with the Arthritis Society and I am currently associated with the Arthritis Research Centre of Canada and people wait months to get in to see a rheumatologist; they wait months to get into treatment. Then after they get diagnosed, they wait for months for surgery and that is a reality. You suggest that wait lists are overstated. You say that the publicity surrounding these dubious findings makes it clear that the Fraser institute's intentions are to affect a response, not to inform decision makers of a general debate.

I think that I would like to have you comment on my perception that you are in denial that there are wait lists and that access to medicare, access to medical services is a problem.

Second, you have made an interesting observation in your report in terms of cancer patients. You say that it is widely reported that a number of provinces currently consider their waiting times for cancer care to be unacceptable. You say that there is little information on how waiting periods affect survival

gouvernement fédéral de fournir certains types de financement, de modifier certaines des méthodes pour les avantages à venir. Je crois que c'est un problème avec lequel d'innombrables personnes se sont battues au cours des dernières années: Le gouvernement fédéral — notamment durant les années 90 — s'est retiré du secteur des soins de santé et a laissé le fardeau aux provinces.

Pour l'avenir, c'est extrêmement important que le gouvernement fédéral s'asseye autour de la table et fournisse ce genre de leadership — non seulement dans les soins à domicile ou soins primaires, mais aussi en matière de politique globale sur les médicaments.

Le sénateur LeBreton: De même que les soins de santé préventifs.

M. Eliesen: Oui, très certainement.

Le sénateur Carney: J'ai un problème pratique avec votre rapport, car aussi loin que je puisse voir, le rapport que vous nous avez remis ne contient aucune bibliographie. Les citations ne sont pas attribuées, de sorte que nous ne savons pas quelles sont les études ou les références.

M. Eliesen: Sénateur Carney, nous pouvons facilement les rendre disponibles.

Le sénateur Carney: D'accord, car vous tirez des conclusions étayées sur du matériel que vous nous présentez, mais à défaut de la source des données, il est difficile d'évaluer comment vous en êtes arrivé à ces conclusions.

M. Barrett: Une critique valable et nous fournirons ces données au Sénat.

Le sénateur Carney: Mon deuxième point est, je crois, que vous ne voulez pas admettre l'existence d'une partie du matériel que vous avez présentée ici. Le sujet des listes d'attente par exemple. Vous déclarez dans ce rapport qu'une fois que les gens sont admis à l'hôpital ils sont très satisfaits de l'expérience. Je pense que de nombreux Canadiens acceptent qu'une fois admis à l'hôpital, ils sont très satisfaits de l'expérience.

Le problème est qu'il est indéniable que nous attendons de plus en plus pour les services. J'ai été associée avec la Société d'arthrite et je suis actuellement associée avec le Centre de recherche du Canada sur l'arthrite et les gens attendent des mois pour voir un rhumatologue; ils attendent des mois pour obtenir le traitement. Une fois diagnostiqués, ils attendent pendant des mois pour une chirurgie et c'est la réalité. Vous suggérez que ces listes d'attente sont exagérées. Vous dites que la publicité entourant ces conclusions douteuses démontre clairement que les intentions établies par l'institut Fraser ont pour objectif d'influencer une réponse, non pour informer les décideurs sur un débat général.

J'aimerais avoir vos commentaires sur ma perception que vous refusez d'admettre le problème des listes d'attente et que l'accès à l'assurance-maladie, l'accès aux services médicaux est un problème.

Ensuite, vous avez fait une observation intéressante dans votre rapport sur les patients cancéreux. Vous dites qu'il est largement rapporté qu'un certain nombre de provinces considèrent actuellement leur délai d'attente inacceptable pour les soins en cancer. Vous dites qu'il y a peu d'information sur la façon dont les délais

rates. Nor has there been much evidence available to compare the effectiveness of longer duration therapy.

I would ask you to comment on that. Indeed, agencies with which I work have the perception that if you do not get quick access to, say, care for breast cancer — you cite the Ontario study — or care for prostate and other forms of cancer, it does affect your survival rate. I am interested in your assessment here that there is little evidence of that. Possibly it is an area that you might do some research. So these are my two issues, otherwise I agree with much of what you say in the report.

Clearly, I gather from your report, you do not do primary research — you do secondary research in the sense that you review other studies and present your interpretation of the studies.

Mr. Barrett: Yes, that is right. We do some, yes.

Senator Carney: That is why your sources are important. Are you denying that there are wait lists for those of us who are in the line up? Are you denying that access to treatment and times of treatment have nothing to do with survival rates? Those are two provocative questions.

Mr. Barrett: It would depend on the illness.

Mr. Eliesen: Senator Carney, let me deal directly first with your first question on wait lists. We can and will provide a whole list of federal and provincial studies that have evaluated this particular area in detail. They have been used and misused for public consumption as part of this "crisis" on our health care system.

The latest report, which was the western provinces' "Waiting List Project," which has just been completed, goes into quite detail on the whole measurement of waiting lists. The waiting lists that appear to get attention in Canada are things like the Fraser Institute's waiting list, which is based on a physician survey. I will provide sufficient, professional quantitative background.

Senator Carney: I understand that, but how do you deal with the fact that myself and other people in B.C. are on a waiting list? Technically you do not go into the waiting list until you reach a certain point. Are you denying this? Is it a myth that I will have to stand in line for two years?

Mr. Eliesen: No one is in denial. However, everyone has a different perspective in terms of how long they should wait, whether they are real or unreal in terms of their physician or specialist, and, furthermore, the kind of treatment that is required. I will provide to you all that detailed material which goes into that measurement problem.

The point is no one is denying that there are not wait lists. It is how those wait lists have been used and abused. In our system, anyone who needs emergency treatment gets it. No one is denying

d'attente agissent sur les taux de survie. Ni qu'il n'existe beaucoup de preuves disponibles pour comparer l'efficacité de thérapie de plus longue durée.

Je vous demanderais de commenter là-dessus. De fait, les agences avec lesquelles je travaille ont la perception que si vous n'obtenez pas un accès rapide, par exemple, pour le cancer du sein — vous citez l'étude de l'Ontario — ou des soins pour la prostate et d'autres formes de cancer, cela a une incidence votre taux de survie. Je suis intéressée par votre évaluation voulant qu'il y ait peu de preuves à cet effet. Peut-être est-ce un secteur dans lequel vous pourriez faire quelque recherche. Voilà mes deux questions, pour le reste je suis d'accord avec beaucoup de choses que vous dites dans le rapport.

Clairement, je retiens de votre rapport, que vous ne faites pas de recherche primaire — vous faites de la recherche secondaire dans le sens où vous analysez les études de tiers et présentez votre interprétation de ces études.

M. Barrett: Oui, c'est juste. Nous en faisons certaines, oui.

Le sénateur Carney: C'est pourquoi vos sources sont importantes. Niez-vous qu'il y ait des listes d'attente pour ceux d'entre nous qui sommes dans la ligne d'attente? Niez-vous que l'accès au traitement et la durée de traitement n'aient rien à voir avec le taux de survie? Ce sont deux questions provocatrices.

M. Barrett: Cela dépend de la maladie.

M. Eliesen: Sénateur Carney, laissez-moi traiter directement de votre première question au sujet de la liste d'attente. Nous pouvons vous fournir et vous fournirons une liste complète d'études du fédéral et des provinces qui ont évalué ce secteur particulier en détail. Elles ont été employées et mal employées pour consommation publique comme élément de cette «crise» de notre système de soins de santé.

Le dernier rapport, qui était le «Projet des listes d'attente» des provinces de l'Ouest, qui vient juste d'être terminé, va dans le détail sur la mesure des listes d'attente. Les listes d'attente qui semblent attirer l'attention au Canada sont des choses comme la liste d'attente de l'Institut Fraser, basée sur un sondage de médecins. Je fournirai des données quantitatives professionnelles suffisantes.

Le sénateur Carney: Je comprends cela, mais comment traitez-vous le fait que moi-même et d'autres gens de la C.-B. soient sur une liste d'attente? Techniquement vous n'êtes pas inscrit sur une liste d'attente tant que vous n'atteignez pas un certain point. Niez-vous cela? Est-ce un mythe que je devrai attendre en ligne pendant deux ans?

M. Eliesen: Personne ne le nie. Toutefois, chacun a une perspective différente à savoir combien de temps ils devraient attendre, s'ils sont réels ou non conformément à leur médecin ou leur spécialiste, et, de plus, la sorte de traitement requise. Je vous fournirai toute la documentation qui porte sur ces mesures.

Le point est que personne ne nie qu'il existe des listes d'attente. C'est la façon dont ces listes ont été employées et exagérées. Dans notre système, tous ceux qui ont besoin de traitements d'urgence

that. We are dealing with the judgment that is required, whether someone waits for two months or three months or two years.

We have to look at who is doing the measurement? What are the sources for the measurement? I will provide you with federal and provincial studies that go into the whole measurement problem which casts doubt on the scare tactics that have been used on those who come out with their waiting lists suggesting that the sky is falling and continues to fall every particular year.

Senator Carney: You do state the position that some studies of surgical wait lists in other jurisdictions have found that many people are not candidates for surgery; some may even have died. You might make the connection that they have died because they are still waiting for surgical procedures.

Mr. Eliesen: No, I think the U.K., which has had the most experience in terms of trying to measure wait lists, still has great difficulties, although they do have an independent auditor who tries to assess cases. I think what you are referring to, in the fact that people have passed away, is that in the latest audit that took place on the U.K. waiting list one-third of the people should not have been on that waiting list. Now, these are judgments that are being expressed from different points of view. But I can provide all that detailed information to you.

Senator Carney: Can you explain about your conclusion that there is little correlation between survival rates and access to treatment for cancer patients?

Mr. Eliesen: Well, you are referring specifically to the Rachlis-Barer report I think.

Senator Carney: How would I know? You do not source them.

Mr. Eliesen: Yes, I will give you the references with regard to that.

Mr. Barrett: I would just like to add something to that very valid question. No bureaucracy supersedes the medical practitioner's decision. We have on this senate committee one of the North America's premiere cardiologists, Dr. Keon.

Senator St. Germain: The best in the world.

Mr. Barrett: Well, the best in the world, okay, but I do not evaluate beyond North America. Dr. Keon will tell you that if there is an emergency, the service will be provided. If there is a life and death situation, the service will be provided. There is no dispute about that.

Senator St. Germain: Thank you, Mr. Barrett, and both of you for coming this morning. Well, my questions, Dave, are going to be — I can remember 1972 when you were elected. You know what? You know what you did to me when you got elected? I drove my truck in the ditch and I started running and I have been running ever since. I have been running three and one-half miles ever since. I started an exercise program with ParticipAction in Port Coquitlam and so I thank you for that.

les obtiennent. Personne ne nie cela. Nous faisons face au jugement nécessaire, à savoir si quelqu'un attend pendant deux mois ou trois mois ou deux ans.

Nous devons regarder qui produit ces chiffres? Quelles sont leurs sources? Je vous fournirai les études du fédéral et des provinces qui analysent tout le problème des chiffres, lequel soulève un doute sur les tactiques visant à effrayer les gens, employées sur ceux qui publiquement s'expriment avec leurs listes d'attente en suggérant que le ciel nous tombe sur la tête et continue à tomber d'année en année.

Le sénateur Carney: Vous faites la déclaration que quelques études de listes d'attente en chirurgie dans d'autres pays ont trouvé que maintes personnes ne sont pas des candidats pour la chirurgie: certaines sont peut-être même décédées. Vous pourriez faire le rapport qu'elles sont décédées parce qu'elles étaient encore en attente de procédures chirurgicales.

M. Eliesen: Non, je pense au Royaume-Uni, qui a le plus d'expérience en termes d'efforts pour mesurer les listes d'attente, et qui éprouve encore d'énormes difficultés, bien qu'il possède un vérificateur indépendant qui essaie d'évaluer les cas. Je pense que le fait auquel vous réferez en ce qui a trait au décès des patients, est que dans la dernière vérification qui a eu lieu sur les listes d'attente au Royaume-Uni, un tiers des gens auraient dû être sur cette liste d'attente. Maintenant, ce sont des jugements énoncés selon différents points de vue. Mais je peux vous fournir toutes ces informations détaillées.

Le sénateur Carney: Pouvez-vous expliquer que d'après vos conclusions il y a peu de corrélation entre les taux de survie et l'accès au traitement pour les patients atteints de cancer?

M. Eliesen: Bien, vous voulez parler du rapport de Rachlis-Barer, je crois.

Le sénateur Carney: Comment le saurais-je? Vous ne donnez pas votre source.

M. Eliesen: Oui. Je vous donnerai les références à ce sujet.

M. Barrett: Je voudrais ajouter quelque chose à cette question très valide. Aucune bureaucratie n'a préséance sur la décision du praticien médical. Nous avons sur ce comité du Sénat l'un des premiers cardiologues d'Amérique du Nord, le Dr Keon.

Le sénateur St. Germain: Le meilleur dans le monde.

M. Barrett: Bien, le meilleur dans le monde, OK, mais je n'évalue pas hors de l'Amérique du Nord. Le Dr Keon vous dira que s'il y a une urgence, le service sera fourni. S'il s'agit d'une question de vie ou mort, le service sera fourni. Il n'y a aucun doute là-dessus.

Le sénateur St. Germain: Merci, monsieur Barrett, et je vous remercie tous les deux pour votre présence ce matin. Bien, mes questions, Dave, sont — Je peux me souvenir de 1972 quand vous avez été élu. Vous savez quoi? Vous savez ce que vous m'avez fait quand vous avez été élu? J'ai conduit mon camion dans le fossé et j'ai commencé à courir et je cours depuis lors. Je cours trois milles et demi depuis lors. J'ai commencé un programme d'exercices avec ParticipAction à Port Coquitlam et je vous en remercie.

Mr. Barrett: You should have waited and you would have been covered by ICBC.

Senator St. Germain: But you know, there was a saying. Remember the saying, "Barrett cares, not the millionaires"?

Mr. Barrett: No, but that is a good slogan.

Senator St. Germain: That was one of your slogans at that time, I recall.

The Chairman: Listen, it is a lot better than "The land is strong."

Senator St. Germain: To give you a perspective on where I am, my mother is in hospital. She spent a number of days in the emergency room — her wait for a room seemed like seven days. She finally got a room and she is being well looked after. I am curious as to how anyone can say that there is no waiting lists or no problems in there.

Mr. Eliesen: I didn't say that.

Senator St. Germain: My daughter has just gone through surgery for cancer and another major surgery and just got out of the hospital in the last day or so. I am aware of what is going on in the hospital system from a personal point of view. However, I do not think we should really talk to a personal point of view as much as we should talk about just what is happening to everybody else out there.

Perhaps you can explain this to me: You say the millionaires and the billionaires can go south — you do not mind where the heck they go — and spend their money and get health care.

Mr. Barrett: Yes.

Senator St. Germain: Why then, would you not be prepared to have clinics so that a millionaire or a billionaire could not spend those dollars here in Canada and establish these places of excellence here. What is the danger? What danger do you see in establishing facilities of that nature here so that we can keep our money at home and utilize the services possibly of some of the best surgeons in the world? We have got one sitting right at this table.

Mr. Barrett: I know that.

Senator St. Germain: As far as I am concerned he is the best in the world in his field. Why would you want to deny those who have the ability to pay that possibility, sir?

Mr. Barrett: First of all, I would like to point out that people who have wealth are free to spend their money wherever they want.

Senator St. Germain: Yes.

Mr. Barrett: I would never take away that right.

Senator St. Germain: No, you said that.

Mr. Barrett: But the question I am raising here is adequate taxation. We have a mania across this country of tax cutting based on some kind of voodoo economics, as it was described under Ronald Reagan, that drives us into massive public debts and increased competition for tax dollars in public services. For

M. Barrett: Vous auriez dû attendre et vous auriez été couvert par l'ICBC.

Le sénateur St. Germain: Mais vous savez, il y avait un dicton. Vous souvenez-vous du dicton «Barrett se soucie de vous, et non les millionnaires»?

M. Barrett: Non, mais c'est un bon slogan.

Le sénateur St. Germain: C'était l'un de vos slogans à l'époque, je me rappelle.

Le président: Écoutez, c'est beaucoup mieux que «Le pays est fort».

Le sénateur St. Germain: Pour illustrer ma perspective, ma mère est à l'hôpital. Elle a passé plusieurs jours dans la salle d'urgence, elle a peut-être attendu sept jours pour une chambre. Elle a finalement obtenu une chambre et elle est bien traitée. Je suis curieux de savoir comment quelqu'un peut dire qu'il n'y a pas de listes d'attente ou qu'il n'y a là aucun problème.

M. Eliesen: Je n'ai pas dit ça.

Le sénateur St. Germain: Ma fille a récemment subi une chirurgie pour le cancer et une autre chirurgie majeure, et est sortie de l'hôpital le dernier jour ou presque. Je suis au courant de ce qui se passe dans le système hospitalier d'un point de vue personnel. Toutefois, je ne pense pas que nous devrions parler vraiment d'un point de vue personnel, mais de ce qui arrive à tout le monde.

Peut-être pouvez-vous m'expliquer cela? Vous dites: les millionnaires et les milliardaires peuvent aller dans le Sud — vous ne vous souciez pas où ils vont — et dépenser leur argent et obtenir des soins de santé.

M. Barrett: Oui.

Le sénateur St. Germain: Pourquoi alors, ne seriez-vous pas prêt à avoir des cliniques pour qu'un millionnaire ou un milliardaire puisse dépenser ces dollars ici au Canada et établir ces établissements d'excellence ici. Quel est le danger? Quel danger voyez-vous à établir des installations de cette nature ici pour que nous puissions garder notre argent chez nous, et utiliser peut-être les services des meilleurs chirurgiens au monde? Nous en avons un à cette table même.

M. Barrett: Je le sais.

Le sénateur St. Germain: Pour moi, il est le meilleur au monde dans son domaine. Pourquoi voudriez-vous refuser cette possibilité à ceux qui ont la capacité de payer, monsieur?

M. Barrett: Tout d'abord, j'aimerais faire remarquer que les riches sont libres de dépenser leur argent où ils veulent.

Le sénateur St. Germain: Oui.

M. Barrett: Je ne leur enlèverais jamais ce droit.

Le sénateur St. Germain: Non, vous l'avez dit.

M. Barrett: Mais la question que je soulève ici est une fiscalité adéquate. Nous avons une passion dans tout ce pays de réduire les impôts en vertu de quelque économie vaudou, tel que sous Ronald Reagan, ce qui nous conduit à des dettes publiques énormes, et accroît la concurrence pour les revenus fiscaux dans les services

example, Alberta cut massive amounts of taxes. British Columbia cut \$2 billion in taxes six months ago and now is predicting huge deficits comparable to what they cut off the budget.

Now, what is going on here? We are reducing taxes at a time when Japan and other jurisdictions are using public funds and maintaining public standards and investments. Even President Bush next door is coughing up with extra money after the election. The whole idea of cutting out public funding as some kind of panacea to providing continuing service is mistaken.

We have short-changed the public sector and so I say charge taxes at an equitable rate for very healthy estates and, of course, very wealthy people. There is a price to pay for making money and that is a fair share in taxation.

Now, if you want to get into a whole taxation argument, I could give you an hour's rhetoric. However, I will come to the lists. I will come to the lists.

Senator St. Germain: I am not talking about lists. If I may, what I would like you to answer is why do you not want these private clinics here so that I can spend my money here if I have the ability to do so, as opposed to sending the money offshore? It is not a question of taxation. It is a question of having the money to be able to pay for the service and why not allow me to do it at home?

Mr. Eliesen: It is a very simple reason, which study after study after study has shown. That is, the private system — what you are describing — does not add additional supply. Nor does it add additional doctors or additional nurses. It will take away from those who are currently involved in the public sector. Thus, it is a basic economic question of allocation and accessibility and equity to the degree that you want to establish private for-profit clinics. They will take away from the public sector.

When you are dealt with the question in terms of fairness and equity and availability of the supply, to whom do you make the service available? What you are proposing, in effect, would be those who have money, who have the wealth. If it takes away from those who need it on a medical basis because they are working already in the public sector, so be it. Those are the vagaries of the so-called market system.

In Canada, so far we have said health care is different from other commodities. It is a different factor and that is why the arguments all along from all the royal commissions, whether it is the Hall Commission, or you name it, have rejected the establishment of a kind of two-tier for-profit health clinics because of the unfairness and the accessibility that is associated with it.

Senator St. Germain: There has never been a way to establish where one would not interfere with the other as far as you are concerned?

publics. Par exemple, l'Alberta a grandement sabré dans les impôts. La Colombie-Britannique a retranché 2 milliards de dollars d'impôts il y a six mois, et prédit maintenant des déficits colossaux comparables à ce qui a été coupé dans le budget.

Maintenant, que se passe-t-il donc ici? Nous réduisons les impôts au moment où le Japon et d'autres pays utilisent les fonds publics et maintiennent les normes et investissements publics. Même le président Bush, notre voisin, crache des fonds supplémentaires après les élections. Toute l'idée de couper le financement public comme une panacée quelconque pour fournir un service continu est une erreur.

Nous avons court-circuité le secteur public, et je dis imposez donc des impôts à un taux équitable sur aux bénéficiaires de généreuses successions et, bien sûr, les gens très riches. Il y a un prix à payer pour gagner de l'argent et c'est une part équitable d'imposition.

Maintenant, si vous voulez analyser toute la rationalité des prélèvements fiscaux, je pourrais vous donner une heure de rhétorique. Cependant, retournons aux listes. Retournons aux listes.

Le sénateur St. Germain: Je ne parle pas des listes. Si je peux, ce à quoi j'aimerais que vous répondiez est pourquoi vous ne voulez pas de ces cliniques privées ici de sorte que je puisse dépenser mon argent ici si j'ai la capacité de le faire, au lieu d'envoyer mon argent à l'étranger? Ce n'est pas une question de fiscalité. C'est une question d'avoir de l'argent et de pouvoir payer pour le service, et pourquoi ne pas me permettre de le faire chez moi?

M. Eliesen: Pour une raison très simple, démontrée étude après étude après étude. Le réseau privé tel que vous le décrivez ne signifie pas plus de soins. Il n'ajoute pas non plus des médecins supplémentaires ou des infirmières supplémentaires. Il s'alimente de ceux qui sont actuellement dans le secteur public. Donc le degré auquel vous voulez établir des cliniques privées à but lucratif est une question économique fondamentale d'allocation, d'accessibilité et d'équité. Ces cliniques mineront le secteur public.

Quand vous traitez de la question en termes d'équité et de justice et de disponibilité d'approvisionnement, à qui rendez-vous le service disponible? Ce que vous proposez, en effet, serait ceux qui ont de l'argent, qui ont de la richesse. Si ceci enlève à ceux qui en ont besoin sur une base médicale parce qu'ils travaillent déjà dans le secteur public, peu importe. Ce sont les conséquences du soi-disant système de marché.

Au Canada, jusqu'ici nous avons dit que les soins de santé sont différents des autres produits. C'est un facteur différent et c'est pourquoi les arguments depuis toujours des commissions royales, que ce soit la Commission Hall, ou peu importe son nom, ont rejeté la création d'une sorte de clinique de soins de santé à but lucratif à deux étages à cause de l'iniquité et l'accessibilité qui y sont associées.

Le sénateur St. Germain: D'après vous, on n'a jamais trouvé de façon de déterminer comment l'un nuirait à l'autre?

Mr. Eliesen: Well, from what we have learned either in other countries, no. You are dealing with a supply problem and you must make a choice. This is what Dave Barrett talked about earlier: the question of values. If you have a limitless supply and if you have come to a decision that you want to allocate that supply on a fairer basis, those who advocate for private clinics, because they have money, they would get that service first, to the detriment of those who have less money.

Senator St. Germain: Fortunately at 64 the only medical problem I have had is with my back — chiropractic care. I pay a user fee and that user fee has gone up and it went up during the time of the last government, you know, here in British Columbia. I pay that user fee and I get the service that I need. There is always the debate between doctors as to whether chiropractic care is this, that or the other thing. It keeps me going and it keeps a lot of people going and it keeps a lot of people productive. Inasmuch as there are those that will question the importance of it in the medical system, I think it is tremendously beneficial to all of us, and there is a user fee. I pay the user fee.

Why is it that it has not undermined the system totally if a one payer system, as you have advocated, Mr. Barrett, in your presentation is the only way to go?

Mr. Barrett: Well, first of all, there is the historical dispute between medical practitioners and chiropractors — the same problem we had with dentists and denturists. Frankly, the one between dentists and denturists we resolved by recognizing denturists. Dentists are not trained to be denturists, let us get real here. Now, there are alternative medicines practiced legally by a lot of people. But there is always a constant dispute over what the public purse will pay and there is a prolonged experience of education.

I give the denturist-dentists example, which proved eminently successful in incorporating the denturists under the public health system. The same thing is the difference of opinion between using medical skills. I gave the example of 298 nurse practitioners in Ontario, highly qualified, highly skilled, available to work. There is a grey veil between those nurse practitioners and the medical profession. I do not wish to exacerbate the difference of opinion, but it seems to me, especially in the public sector when our universities turn out these highly skilled nurse practitioners, that this grey veil should be lifted. One doctor can supervise four nurse practitioners and provide primary care in rural areas where they need the service, but these are internal disputes amongst the professions. Just like a dispute between a psychiatrist and a social worker. I do not want to get into that. I know the psychiatrists are wrong and we are right.

I am trying to tell you that these kind of disputes go on and on and on, and the public sector has a difficult job making a judgment about professional lines of authority and responsibility. That is why I went into politics. As a social worker, I would say,

M. Eliesen: Bien, de ce que nous avons appris dans d'autres pays, non. Vous traitez d'un problème d'offre et vous devez faire un choix. C'est ce dont a parlé Dave Barrett auparavant: la question des valeurs. Si vous avez une offre illimitée et si vous avez pris la décision que vous voulez allouer cet approvisionnement sur une base plus équitable, ceux qui préconisent les cliniques privées, parce qu'ils ont de l'argent, ils obtiendraient ce service en premier, au détriment de ceux qui ont moins d'argent.

Le sénateur St. Germain: Heureusement à 64 ans le seul problème médical que j'ai eu a été mon dos — des soins de chiropraxie. Je paie des frais d'utilisateur et ceux-ci ont augmenté et augmenté durant le dernier gouvernement, vous savez, ici en Colombie-Britannique. Je paie ces frais d'utilisateur et j'obtiens le service dont j'ai besoin. Il y a toujours le débat entre des médecins à savoir si les soins de chiropraxie sont ceci, cela ou quoi encore. Ceci me permet de fonctionner, il permet à un grand nombre de gens de fonctionner, et il permet à un grand nombre d'être productifs. En ce sens, il y a ceux qui soulèvent la question de son importance dans le système médical, je crois que c'est très bénéfique pour nous tous, et il y a des frais d'utilisateur. Je paie ces frais d'utilisateur.

Pourquoi cela n'a-t-il pas ébranlé totalement le système s'il s'agit d'un système à payeur unique, qui comme vous le préconisez, monsieur Barrett, dans votre présentation est la seule voie à suivre?

M. Barrett: Bien, tout d'abord, il y a la querelle historique entre les médecins et les chiropracteurs — le même problème que nous avions avec les dentistes et les denturologistes. Franchement, celle entre les dentistes et les denturologistes, nous l'avons résolue en reconnaissant les denturologistes. Les dentistes ne sont pas formés pour être des denturologistes, soyons réaliste ici. Maintenant, il y a des médecines alternatives exercées légalement par un grand nombre de personnes. Mais il y a toujours une incessante querelle au sujet de ce que le trésor public paiera et il y a une expérience d'éducation prolongée.

Je donne l'exemple des denturologistes-dentistes, qui a été éminemment réussi en incorporant les denturologistes dans le système de soins de santé public. La chose même est la différence d'opinion entre l'utilisation de compétences médicales. J'ai donné l'exemple de 298 infirmières licenciées en Ontario, hautement qualifiées, hautement compétentes, disposées à travailler. Il y a un voile gris entre ces infirmières licenciées et le corps médical. Je ne souhaite pas exacerber la différence d'opinion, mais il me semble, notamment dans le secteur public quand nos universités produisent ces infirmières licenciées hautement qualifiées, que ce voile gris devrait être levé. Un médecin peut superviser quatre infirmières licenciées et fournir des soins primaires dans des régions rurales où ils ont besoin du service, mais ce sont des querelles internes entre professions. À l'instar d'une querelle entre un psychiatre et un travailleur social. Je ne veux pas m'engager là-dedans. Je sais, les psychiatres ont tort et que nous avons raison.

J'essaie de vous dire que cette sorte de querelles continue et continue, et ainsi de suite, et le secteur public a une tâche difficile à rendre un jugement relatif aux juridictions et des responsabilités professionnelles. C'est pourquoi je suis allé en politique. Comme

"How do you feel?" In politics, I would say, "I know how you feel." There is a big difference, a big difference. Now, to ask politicians to make these distinctions, it is trouble.

We hope that more maturity, more awareness, more understanding, more sharing between those in the professions and overlapping that takes place, some of it is valuable. A chiropractor indeed may be valuable to you, but we have got to make that point to the doctors to understand that these are auxiliary services. That is where the fights come. Perhaps they are valid fights, I do not know. But you have got an anecdotal experience, your back is better because of it.

The other thing I want to say about lists, my wife is here with me and she waited her turn on a list for an operation. The decision of making her wait on the list for operation is need versus gap for emergencies. My wife has been out of the hospital three weeks since that operation. I have been a nurse practitioner for those three weeks and I have enjoyed the experience.

The point I am trying to make is: We had a personal experience of waiting on a list. The wait was justified, the results have been spectacular. We accept that.

But let us look at the other alternative. Part of that waiting list also has a major social purpose. If you live in the United States and you think that you do not need to wait for that particular operation under your health care plan, you can jump the queue — even under your health care plan. The highest single reason for personal bankruptcies in the United States of America are those hospital bills and those doctor bills based, not on good medical opinion, but on patient panic, which is totally explainable. However, I can say that rationally if I went to a doctor who said, "Well, you've got a problem but you can wait to deal with it." I would leave the office with, "I've got a problem; I can't wait to deal with it."

What we rely on here is professionals who are telling us that some people can wait. If you cannot wait, you are put on ahead of the queue. Nobody is going to allow somebody to die deliberately because of a wait. It is a call made by the experts — not the politicians — and I trust the experts. We have some of the best medical practitioners the world has ever seen. We have a large percentage of doctors who go to the United States and come back to Canada. They do come back to Canada after that experience.

Senator Morin: I agree, I think we have a problem with the waiting lists in this country.

Mr. Barrett: Sure we do.

The Chairman: I should say for your benefit that Senator Morin, in addition to being a senator, was Dean of Medicine at Laval.

travailleur social, je dirais, «Comment vous sentez-vous?», en politique, je dirais «Je sais comment vous vous sentez». Il y a une grande différence. Maintenant, si vous demandez à des politiciens de faire ces distinctions, c'est chercher des problèmes.

Nous espérons que plus de maturité, de conscience, de compréhension, de partage entre les différentes professions et le chevauchement qui a lieu, qu'une certaine partie soit valable. Un chiropracteur peut sans doute avoir une valeur pour vous, mais nous devons faire valoir ce point aux médecins pour comprendre que ceux-ci sont des services auxiliaires. C'est de là que viennent les combats. Peut-être des querelles valables, je ne sais pas. Mais vous avez vécu une anecdote personnelle, votre dos va mieux.

L'autre chose que je veux dire au sujet des listes, ma femme est ici avec moi et elle a attendu son tour sur une liste pour une opération. La décision de la faire attendre sur la liste pour l'opération est le besoin versus une ouverture pour les urgences. Ma femme est sortie de l'hôpital depuis trois semaines suite à cette opération. J'ai été un infirmier pendant ces trois semaines et j'ai aimé l'expérience.

Le point que j'essaie de démontrer est le suivant: Nous avons eu une expérience personnelle d'attendre sur une liste. L'attente était justifiée, les résultats ont été spectaculaires. Nous acceptons cela.

Mais regardons ensemble l'autre choix. Une partie de cette liste d'attente a aussi un grand objectif social. Si vous vivez aux États-Unis et vous croyez que vous n'avez pas besoin d'attendre pour cette opération particulière en vertu de votre plan de soins de santé, vous pouvez sauter des places même selon votre plan de soins de santé. La principale raison de faillites personnelles aux États-Unis d'Amérique s'avère les factures d'hospitalisation et celles des médecins, non basées sur une bonne opinion médicale, mais sur la panique du patient, qui est totalement explicable. Toutefois, je peux dire que rationnellement si je vois un médecin qui me dit «Bien, vous avez un problème mais vous pouvez attendre pour vous en occuper». Je quitterais le bureau en rétorquant «J'ai un problème; Je ne peux pas me permettre d'attendre pour m'en occuper».

Ce sur quoi nous comptons ici, ce sont des professionnels qui nous disent que certaines personnes peuvent attendre. Si vous ne pouvez attendre, vous êtes placé en tête de liste. Personne ne permettra que quelqu'un décède délibérément à cause d'une attente. C'est une décision prise par des experts — et non les politiciens — et je me fie aux experts. Nous avons certains des meilleurs médecins que le monde ait jamais vus. Nous avons un grand pourcentage de médecins qui vont aux États-Unis et reviennent au Canada. Ils reviennent au Canada après cette aventure.

Le sénateur Morin: Je suis d'accord, je pense que nous avons un problème avec les listes d'attente dans ce pays.

M. Barrett: Bien sûr que si!

Le président: Je devrais dire pour votre bénéfice que le sénateur Morin, en plus d'être un sénateur, était le doyen de la faculté de médecine de l'université Laval.

Senator Morin: As an example — an undeniable example — I think that the fact that our provincial governments send Canadian patients to the U.S. for cancer treatment is a national disgrace.

I have read this report carefully. It is very good and I know these people very well and they are all excellent people. However, I think they are too much in denial of the problems that are facing our system right now. When we say that there is a waiting list, it does not mean we want the American system. But I think one problem we have in this country is that we should shorten the waiting lists. That would be an objective. I do not think we should deny that.

Mr. Eliesen: Senator Morin, no one is suggesting that this is a black-and-white kind of situation. All countries have problems with regards to waiting lists. We point out, for example, in the United States 45 million people do not even have an opportunity of being on a waiting list.

Senator Morin: Can I just interrupt? I think you are obsessed with the U.S.

Mr. Eliesen: Well, it is not a matter of being obsessed.

Senator Morin: You are. No one is talking about the U.S., you are.

Mr. Eliesen: Those who advocate a kind of two-tier health system with user charges are basically going after the American model. I find it interesting that in your options paper, of all the countries that you talk about you have not one reference to the United States.

Senator Morin: Because nobody wants the American system.

Mr. Eliesen: Okay. Then let me ask you, why do you toss out for consideration then a two-tier health care system, private clinics or user charges, which study after study after study conclusively have shown do not work, are not accessible, are inequitable, et cetera?

Senator Morin: These are options and the only reason we are raising them is that every country in the OECD, with the exception of Canada, has user fees, has proven insurance, and private clinics. This is occurring in Europe, in Sweden, throughout Scandinavia, Britain, New Zealand and so on.

Mr. Eliesen: Maybe we should consider that if we were at a higher level of publicly financed health care expenditures. However, right now or the last time we looked we are at the 21st level. So in those countries to which you refer — Sweden was mentioned earlier in the top 80 per cent — health care expenditures are publicly financed and there is an additional top-off.

If we get to an 80 per cent of our current 69 per cent, maybe then we should consider to the degree that there is demand or people think that there is something to the user charge principle, either in terms of additional revenues — although if it is

Le sénateur Morin: Comme exemple — un exemple indéniable — Je pense que le fait que nos gouvernements provinciaux envoient des patients canadiens aux États-Unis pour des traitements du cancer est une honte nationale.

J'ai lu ce rapport de près. Il est très bon et je connais très bien ces personnes, et elles sont toutes excellentes. Toutefois, je pense qu'elles sont trop engagées dans un processus de négation des problèmes auxquels est confronté notre système à l'heure actuelle. Quand nous disons qu'il y a une liste d'attente, cela ne veut pas dire que nous voulons le système américain. Mais je crois qu'un problème que nous avons dans ce pays est que nous devrions écarter les listes d'attente. Ceci serait un objectif. Je ne crois pas que nous devrions nier ce fait.

M. Eliesen: Sénateur Morin, personne ne suggère que cela est un fait noir sur blanc. Tous les pays ont des problèmes avec les listes d'attente. Nous faisons remarquer, par exemple, qu'aux États-Unis, 45 millions de personnes n'ont même pas une occasion d'être sur une liste d'attente.

Le sénateur Morin: Puis-je vous interrompre? Je pense que vous êtes obsédé par les États-Unis.

M. Eliesen: Bien, ce n'est pas une question d'être obsédé.

Le sénateur Morin: Vous l'êtes. Personne ne parle des États-Unis, sauf vous.

M. Eliesen: Ceux qui préconisent un système de soins de santé à deux vitesses avec des frais d'utilisateur visent essentiellement le modèle américain. Je trouve intéressant que dans votre document d'options, de tous les pays dont vous parlez, vous n'ayez pas du tout fait référence aux États-Unis.

Le sénateur Morin: Parce que personne ne veut le système américain.

M. Eliesen: D'accord. Alors laissez-moi vous demander, pourquoi mettez-vous sur le tapis un système de soins de santé à deux vitesses, des cliniques privées ou des frais d'utilisateurs, qui étude après étude après étude ont démontré qu'il ne fonctionne pas, n'est pas accessible, est inéquitable, et cetera?

Le sénateur Morin: Il s'agit d'options et la seule raison de les soulever est que chaque pays dans l'OCDE, à l'exception du Canada, a des frais d'utilisateur, a de l'assurance privée, et des cliniques privées. Ceci se passe en Europe, en Suède, dans toute la Scandinavie, en Grande-Bretagne, en Nouvelle-Zélande, et ainsi de suite.

M. Eliesen: Peut-être devrions-nous envisager cela si nous étions à un plus haut niveau de financement public des dépenses de soins de santé. Toutefois, à l'heure actuelle ou la dernière fois que nous avons jeté un coup d'oeil nous étions au 21ème rang. Alors pour ces pays auxquels vous réfèrez, la Suède a été mentionné plus tôt dans la partie supérieure des 80 p. 100 — les dépenses en soins de santé sont publiquement financées et il y a un montant supplémentaire à verser.

Si nous arrivons à 80 p. 100 de notre 69 p. 100 actuel, peut-être devrions-nous envisager dans la mesure où il y a une demande ou que les gens croient qu'il y a quelque chose dans le principe des frais d'utilisateur, soit en termes de revenus supplémentaires —

additional revenues, then why should people not seek it through additional taxation.

When we have had major tax cuts in this country, no one questioned whether there was a sustainability to those tax cuts. We had \$100 million dollars in Ottawa; every province had major, major tax cuts. No one at that time questioned whether or not those tax cuts were sustainable and the impact that would have on health care, on education or other areas which now people, those who are decrying the possibility of some fiscal crisis in health care, no one raises those kinds of questions.

What we have tried to do in our paper is point out that the whole question of non-sustainability of the public system does not wash. Your options paper does not have it. The first paper that you have released does not have any quantifiable information to suggest that the system is in a fiscal crisis, which is the premise of most of the options that you are tossing out for consideration.

Senator Morin: I would like to point out that last year, according to CIHI, the provinces' increase in health costs for the provinces was 9 per cent. That is way over the cost of everything.

Mr. Eliesen: If we do not have population increasing, if we do not make adjustments for inflation, in real terms that 9 per cent becomes something significantly lower — maybe 3 or 4 per cent. There are revenues. Revenues do not come in on a flat basis. I have been a deputy minister of finance. I am aware of the kinds of stresses that exist in all systems, but our simple point is no one has yet to provide any detailed, quantifiable evidence to suggest that our system is in crisis on a fiscal basis, but that is the premise of a lot of the discussion that we hear today.

Senator St. Germain: If chiropractic services are increasing in this province and yet the user fees are going up and the service is excellent, why does it not work? What you are saying does not make sense. These things are part of the medical system, whether you want to accept it or not, whether you want to argue about it.

Mr. Eliesen: No, sir, with respect, they are not part of our system. Most of the revenues for financing our health system come out of general taxation. That is the nature of our system. To the degree that anyone is advocating additional revenues and the revenues they are advocating should come from personal resources, such as user charges. That is a form of taxation. The individual is being asked to finance a particular form of health treatment and some things obviously are covered under our system and others are not. Dave Barrett referred to the ongoing debate regarding what services should and should not be covered.

However, all the studies have shown user charges on existing covered services — to which I believe you referred — will have an affect of decreasing accessibility to those who are unable to

bien que s'il s'agit de revenus supplémentaires, alors pourquoi les gens ne devraient-ils pas l'obtenir par un impôt supplémentaire.

Quand nous avons eu de grandes réductions d'impôt dans ce pays, personne n'a demandé si ces réductions allaient durer. Nous avons eu 100 millions de dollars à Ottawa; chaque province a eu des réductions majeures. Personne n'a demandé à ce moment-là si oui ou non ces réductions d'impôt étaient durables, et l'effet qu'elles auraient sur les soins de santé, l'enseignement ou d'autres secteurs que maintenant les gens, ceux qui dénigraient la possibilité de crise fiscale dans les soins de santé, personne ne soulève ce genre de questions.

Ce que nous avons essayé de faire dans notre document est de porter à l'attention que toute la question de non-durabilité du système public ne tient pas l'eau. Vos documents d'options ne vont pas. Le premier document que vous avez publié ne possède aucune information quantifiable pour suggérer que le système est dans une crise fiscale, qui est la prémisse de la plupart des options que vous soumettez à notre analyse.

Le sénateur Morin: J'aimerais faire remarquer que l'an dernier, selon CIHI, l'augmentation pour les provinces des coûts de soins de santé était de 9 p. 100. C'est plus que pour toute autre chose.

M. Eliesen: Si nous ne connaissons pas d'augmentation de la population, si nous ne faisons pas d'ajustements pour l'inflation, en termes réels, ces 9 p. 100 tombent à peut-être 3 ou 4 p. 100. Il y a les revenus. Les revenus ne rentrent pas en ligne droite. J'ai été sous-ministre des finances. Je suis au courant des sortes de contraintes qui existent dans tous les systèmes, mais notre point fort simple est que personne n'a encore à fournir une preuve détaillée, quantifiable pour suggérer que notre système est en crise sur une base fiscale, mais c'est la prémisse d'un grand nombre des discussions que nous entendons aujourd'hui.

Le sénateur St. Germain: Si les services de chiropraxie augmentent dans cette province, que les frais d'utilisateur augmentent également, et le service est excellent, pourquoi cela ne fonctionne-t-il pas? Ce que vous dites n'a pas de sens. Ces choses font partie du système médical, que vous l'admettiez ou non, que vous vouliez en discuter ou non.

M. Eliesen: Non, monsieur, avec tout le respect que je vous dois, elles ne font pas partie de notre système. La plupart des revenus pour financer notre système de soins de santé proviennent des impôts/taxes généraux. C'est la nature de notre système. Dans la mesure où quelqu'un préconise des revenus supplémentaires et les revenus qu'il préconise devraient provenir de ressources personnelles, comme des frais d'utilisateur. C'est une forme de taxation. On demande à l'individu de financer une forme particulière de traitement de santé et certaines choses évidemment sont couvertes en vertu de notre système et d'autres ne le sont pas. Dave Barrett parlait du débat continu concernant les services qui devraient et ne devraient pas être couverts.

Toutefois, toutes les études ont démontré que les frais d'utilisateur sur les services actuellement couverts — auxquels je crois que vous réferez — auront pour effet de réduire

pay but who need the services and those who are wealthier and have the ability to pay. The latter will get more of the service.

Senator Lawson: The last time I was with Mr. Barrett was at a roast. Dave Barrett volunteered to be the roastee for the Big Brothers organization and this was after his term of government when he had been defeated. They were all picking on Dave Barrett and one of the roasters said, "Well, why are you picking on Dave Barrett? He took this loose collection of politicians, welded them into a tight, fighting force and took them from nowhere and led them to oblivion."

Mr. Barrett: I worked hard at it.

Senator Lawson: It is nice to see you.

Mr. Barrett: Yes, but there is a legacy.

Senator Lawson: I think we have a problem here because you keep saying that nobody wants the American system. Why do we have to have a total of the American system versus the Canadian system? If there are better parts of the American system, why can we not take the better parts and integrate them here? That is the first question.

Mr. Barrett: What are the better parts of the American system?

Senator Lawson: I am just coming to that.

You talked about wealthy millionaires and billionaires that are able to go down and have this expensive coverage. Well, I have U.S. coverage. Not as a result of being in the senate on a small, fixed government income, but as a result of earning it for many years as a union representative as a part of my fringe benefits.

Mr. Barrett: That is right, yes.

Senator Lawson: I have had U.S. coverage for 30 years in the U.S. Now, I had a recent experience a number of months ago where I had a problem and it appeared I needed an angiogram. We went through the nuclear tests and it appeared to be quite urgent; then they told me I could not have it for quite a number of weeks. My doctor said, "If you have got any way of doing it," he said, "Do you not have U.S. coverage?" "Yes," He says, "My advice to you is make a different arrangement." We had a relationship with the University of Washington Hospital. I contacted them and they said, "Why do you not come on down? Come right on down and we will check you out." They checked me out and then they said, "Now, here's the situation: You need multiple bypass surgery immediately." Now, you talk about being safely put on the list and they leave you there, it is a professional decision: nobody made that decision. It was only when I got there they said, "You need surgery immediately and we have scheduled you for surgery tomorrow." I had the surgery and it went very well and that is eight weeks ago and very successful.

l'accessibilité de ceux qui sont incapables de payer, mais qui ont besoin des services et ceux qui sont plus riches et ont le pouvoir de payer. Ces derniers obtiendront davantage de services.

Le sénateur Lawson: La dernière fois que j'étais avec M. Barrett était lors d'une mise en boîte. Dave Barrett s'est proposé d'être l'objet de la risée pour l'organisme des grands frères et cela était suite à son mandat au gouvernement après sa défaite. Ils s'en prenaient tous à Dave Barrett et l'un des présentateurs a dit: «Eh bien, pourquoi vous en prenez-vous à Dave Barrett? Il a pris cet ensemble éparpillé de politiciens, les a soudés dans une petite force de frappe, les a amenés de nulle part et les a conduits dans l'oubli».

M. Barrett: J'y ai travaillé fort.

Le sénateur Lawson: Je suis content de vous voir.

M. Barrett: Oui, mais il y a un legs.

Le sénateur Lawson: Je pense que nous avons un problème ici parce que vous continuez à dire que personne ne veut du système américain. Pourquoi devrions-nous avoir la totalité du système américain contre le système canadien? S'il y a de meilleures parties dans le système américain, pourquoi ne pas prendre les meilleures parties et les intégrer ici? C'est la première question.

M. Barrett: Quelles sont les meilleures parties du système américain?

Le sénateur Lawson: J'y arrive.

Vous avez parlé de gens très fortunés, de millionnaires et de milliardaires capables de voyager vers le sud et de profiter de cette couverture coûteuse. Bien, j'ai une couverture américaine. Et non en raison de ma présence au Sénat avec un petit revenu gouvernemental fixe, mais parce que je l'ai gagnée grâce à maintes années en tant que représentant syndical comme partie de mes avantages sociaux.

M. Barrett: Oui, c'est vrai.

Le sénateur Lawson: J'ai eu une couverture américaine pendant 30 ans aux États-Unis. Maintenant, j'ai eu une aventure récente il y a quelques mois durant laquelle j'ai eu un problème et il semblait que j'avais besoin d'un angiogramme. Nous avons passé par les tests de médecine nucléaire et il semblait être très urgent; puis ils m'ont dit que je ne pourrais pas l'avoir avant un certain nombre de semaines. Mon médecin a dit: «Si vous avez quelque moyen de le faire», il a dit, «Avez-vous une couverture aux États-Unis?» Oui, il a dit «Mon conseil est de faire un arrangement différent». Nous avions une relation avec l'hôpital de l'Université de Washington (University of Washington Hospital). Je les ai contactés et ils ont dit: «Pourquoi ne venez-vous pas? Venez nous voir immédiatement et nous vous ferons un examen.» Ils m'ont examiné et ils m'ont dit, «Maintenant, voici la situation: Vous avez besoin d'une chirurgie de multiples pontages immédiatement». Maintenant, vous parlez d'être mis sans danger sur la liste et ils vous laissent là, c'est un jugement professionnel: personne n'a pris cette décision. C'est seulement quand j'ai été présent qu'ils ont dit: «Vous avez besoin d'une chirurgie immédiatement et nous avons prévu votre chirurgie pour demain». J'ai eu la chirurgie et tout s'est bien passé, il y a environ huit semaines et l'opération a été un succès.

Now, I did not take anybody's spot on the list. I got off the list. I went at my own expense as a result of paying premiums for 20 some years. No bills came back to British Columbia or to Canada. I am not just the only one who has that kind of coverage. There are literally thousands of people in Canada who have worked for international organizations, do work for international organizations and have that coverage. How does that affect what we are trying to do here?

Mr. Barrett: It does not.

Senator Lawson: Ideologically it might affect but not really. Now, on the other question about private clinics, the one thing I notice about U.S. coverage is the speed of delivery. Now, you cannot pick up a paper in California without reading CAT scans available on a daily basis. MRIs, ultrasound and every other new treatment you can find for preventive maintenance is available almost on a daily basis if you are prepared to pay for it. Now, many people are taking it because they need it. Many people are using it because they see it as preventive maintenance for their longevity and so on. I see nothing wrong with that.

I know ideologically the previous government was opposed to private clinics, while operating private clinics. It made good economic sense to operate a private clinic. You are talking about who is it used by: the Workmens' Compensation Board, ICBC. Now, you take a worker, Dave Barrett, he has a bad back, he needs surgery, he is going to wait eight or ten months. Compensation is going to pay him a couple of thousand dollars a month for eight or ten months and they say, "Wait a minute, this doesn't make economic sense. Why do we not put him into surgery right away at a private clinic and we'll pay \$5,000 for it and he's back on the job in 60 days?" You are already doing it.

They had a situation over in North Vancouver with the other clinic, which they have to finesse — you cannot have a private clinic — it would have to be a subcontract from the hospital. Now, they tell me when they were doing their cataract surgeries in the hospital and cluttering up all those surgery centres, which could have been used for more important surgeries, in one shift they were doing nine operations. When they went to a private clinic, I guess because of the limitation of some of the union rules that apply, they were able to do 20 a shift. Now, what is wrong with those systems? Why can't we have a combination of private clinics that are effective?

I have a letter from a doctor friend of mine who wrote me a couple of months ago. He wrote a company in the U.S. that has 20 or 30 clinics. He says his company is prepared to invest either in the province or in Canada, to invest in partnership with the government private clinics on a for-profit basis sharing the profit with the government. Well, we've got a 12-storey building up here that is empty, why wouldn't the provincial government make a

Maintenant, je n'ai pris la place de personne sur la liste. J'ai été retiré de la liste. Je suis allé à mes propres frais suite au paiement de primes pendant environ 20 ans. Aucune facture n'est revenue en Colombie-Britannique ou au Canada. Je ne suis pas le seul à posséder ce genre de couverture. Il y a littéralement des milliers de gens au Canada qui ont travaillé pour des organismes internationaux, qui travaillent pour des organismes internationaux et qui ont cette couverture. Comment cela affecte-t-il ce que nous tentons de faire ici?

M. Barrett: Cela n'affecte en rien ce que nous faisons ici.

Le sénateur Lawson: Idéologiquement cela aurait pu affecter, mais ce n'est pas vraiment le cas. Maintenant, au sujet de l'autre question des cliniques privées, la chose que j'ai constatée au sujet de la couverture américaine est la rapidité de livraison. Maintenant, vous ne pouvez ramasser un journal en Californie sans lire que des tomodensitogrammes sont disponibles sur une base quotidienne, ainsi que des examens d'imagerie par RMN, d'ultrason et tout autre nouveau traitement que vous pouvez trouver pour l'entretien préventif est disponible presque sur une base quotidienne si vous êtes disposés à payer pour ces examens. Maintenant, plusieurs personnes passent ces examens parce qu'ils en ont besoin. D'autres les emploient comme entretien préventif en guise de longévité et pour toute autre raison. Je ne vois rien de mauvais à cela.

Je sais qu'idéologiquement le gouvernement précédent était opposé aux cliniques privées, tout en exploitant des cliniques privées. Cela avait beaucoup de bon sens économique d'exploiter une clinique particulière. Vous parlez de qui les utilise: le Workmens' Compensation Board, ICBC. Maintenant, vous prenez un travailleur, Dave Barrett, il a un mauvais dos, il a besoin de chirurgie, il devra attendre huit ou dix mois. Le fonds d'indemnisation lui paiera quelques milliers de dollars par mois pour huit ou dix mois et ils disent «Attendez une minute, cela n'a pas de sens économiquement. Pourquoi ne pas le traiter en chirurgie immédiatement dans une clinique privée et nous paierons 5 000 \$ pour cela et il sera de retour au travail dans 60 jours?» Vous le faites déjà.

Ils ont eu une situation à Vancouver-Nord avec l'autre clinique, où ils ont dû faire preuve de finesse — vous ne pouvez avoir une clinique privée — elle devra être un sous-traitant de l'hôpital. Maintenant, ils me disent quand ils entendaient faire leurs chirurgies de cataracte à l'hôpital et encombrer tous ces centres de chirurgie, qui auraient pu être employés à des chirurgies plus importantes, dans un quart de travail ils procédaient à neuf opérations. Quand ils sont allés à une clinique privée, je pense à cause des restrictions de certaines règles syndicales qui s'appliquent, ils étaient capables d'en faire 20 par quart de travail. Maintenant, qu'est-ce qui ne va pas avec ces systèmes? Pourquoi ne pourrions-nous pas avoir une combinaison de cliniques privées qui sont efficaces?

J'ai une lettre d'un de mes amis médecin qui m'a écrit, il y a environ deux mois. Il parle d'une compagnie des États-Unis qui possède 20 ou 30 cliniques. Il dit que sa compagnie est préparée à investir soit dans la province soit au Canada, en association avec les cliniques privées gouvernementales à but lucratif en partageant le profit avec le gouvernement. Bien, nous avons ici un immeuble de 12 étages qui est vide, pourquoi le gouvernement provincial ne

joint venture arrangement and make a floor available for a private clinic, bring the doctors and go to work, cut down the lists?

With regard to the lists, I read some of the studies that they had there, they are there for six or eight or ten months. In analyzing the list, they found that many people had strokes, heart attacks, and other complications. So now you have the double problem. But in addition to that from a cost point of view, your costs multiply two or three times by not getting them in, having the people taken care of and getting them back to health. Why can't we have a combination? Why does it have to be either this block or that block?

Mr. Barrett: First of all, we have to put it in context. The points you make are valid as isolated points, but let us put it in context. The public sector financing of health care in this country took a serious blow up until an election came. Every dollar that was taken out of the public sector puts strain on that sector. When you go to a private sector, you are using skills that are also a drain from the sector. Are we committed to universal prepaid health care or aren't we? Now, up to now we have not shown a philosophical commitment to keep the funds and the training going.

Let's understand a couple of other things. Why in the world are we charging nurses such an astronomical amount of money to go to nursing school? If we want to keep them here, let us start paying good scholarship funding for nurses. Let us make sure, like the Canadian Armed Forces does, that they pay back the doctors the cost for them to becoming doctors. Canadian Armed Forces are doing that now. If it is good enough for the army and our armed forces, it should be good enough for the rest of us. We see the necessity for the armed forces. We see the necessity for politicians. Those of us in the House of Commons and in the Senate can have access to military hospital facilities. Yes, we can. You didn't know it; I didn't know it either.

The Chairman: Anyway.

Mr. Barrett: Anyway, okay, you know, and besides they are going to write a story about it over there.

Senator St. Germain: We've got special treatment.

Mr. Barrett: Okay, special treatment. Well, psychiatrists for my need, but anyway. The point I am trying to make is every time you move into that area you are deleting from the public sector.

Senator Lawson: I do not understand. How are you deleting it?

Mr. Eliesen: The establishment of a private clinic does not give you additional doctors or additional specialists to deal with a particular treatment. It will take away from the public sector. What you are talking about is really a private clinic system. You have got a box in terms of supply and you want to establish a private system as part of that box. The eligibility for that private box is, quite frankly, your pocketbook. If you have the ability to pay for it privately, then you would have accessibility. Those who

ferait-il pas un accord de coentreprise et ne rendrait-il pas un étage disponible pour une clinique privée, y amener des médecins et se mettre à l'oeuvre, réduire les listes?

Relativement aux listes, j'ai lu certaines de leurs études, ils sont là pour six ou huit ou dix mois. En analysant la liste, ils ont découvert que plusieurs personnes ont des acv, des crises cardiaques, et d'autres complications. Alors maintenant vous avez les problèmes en double. Mais outre le point de vue des coûts, vos coûts se multiplient par deux ou trois en ne les admettant pas, en ne les soignant pas et en ne rétablissant pas leur santé. Pourquoi ne pouvons-nous pas avoir une combinaison? Pourquoi doit-on avoir ce bloc-ci ou ce bloc-là?

M. Barrett: Tout d'abord, nous devons nous situer dans le contexte. Les points que vous faites sont valables comme points isolés, mais replaçons-les dans le contexte. Le financement du secteur public des soins de santé dans ce pays a pris un sérieux coup jusqu'à ce qu'une élection arrive. Chaque dollar qui a été retiré du secteur public crée de la tension sur ce secteur. Quand vous allez dans le secteur privé, vous employez les compétences qui sont aussi une ponction du secteur. Sommes-nous engagés envers les soins de santé prépayés universels ou non? Maintenant, jusqu'à maintenant nous n'avons pas montré un engagement philosophique à maintenir les fonds et la formation.

Comprenons deux ou trois autres choses. Pourquoi exactement demandons-nous aux infirmières une somme aussi astronomique pour aller à l'école de soins infirmiers? Si nous désirons les garder à l'école, commençons par prévoir une bonne capitalisation pour les bourses d'études des infirmières. Assurons-nous, comme les Forces armées canadiennes le font, qu'elles repaient aux médecins le coût pour eux de devenir médecin. Les Forces armées canadiennes le font maintenant. Si c'est assez bon pour l'armée et nos forces armées, cela devrait être assez bon pour le reste d'entre nous. Nous voyons la nécessité pour les forces armées. Nous voyons la nécessité pour les politiciens. Ceux d'entre nous à la Chambre des Communes et au Sénat peuvent avoir accès aux établissements hospitaliers militaires. Oui, nous le pouvons. Vous ne saviez pas; je ne savais pas non plus.

Le président: Peu importe.

M. Barrett: De toute façon, d'accord, vous savez, et de plus ils vont écrire une histoire à ce sujet là-bas.

Le sénateur St. Germain: Nous avons un traitement spécial.

M. Barrett: OK, un traitement spécial. Bien, des psychiatres pour mes besoins, mais peu importe. Le point que j'essaie de faire est que chaque fois que vous allez dans ce secteur, vous retirez du secteur public.

Le sénateur Lawson: Je ne comprends pas. Comment le retirez-vous?

M. Eliesen: La mise en place d'une clinique privée ne vous donne pas des médecins supplémentaires ou des spécialistes supplémentaires pour administrer un traitement particulier. Elle les prendra du secteur public. Ce dont vous parlez c'est vraiment un système de cliniques privées. Vous avez une boîte en termes d'offre et vous voulez établir un réseau privé comme une partie de cette boîte. L'admissibilité à cette boîte privée est, franchement, votre portefeuille. Si vous avez le pouvoir de payer en privé, alors

advocate that are prepared to say "if you have got money, then you are number one on the list." However, you are taking away from the resources that are currently working in the public sector. You are not adding additional new resources.

Senator Lawson: One response to that. First off, at no time while I was paying my own costs based on what I had in the U.S. did I ever ask to be relieved to pay my share of universal care. So I am taking nothing away there. You are wrong when you say that. I am taking nothing away.

Number two, if one of these private clinics came in and there is a thousand doctors in the Greater Vancouver area and he starts a clinic in a partnership with the B.C. government and hires 50 doctors, now we have 1.050. What do you mean we do not have any more doctors?

Mr. Barrett: Where did you get the 50 doctors? You took them out of the public sector.

Senator Lawson: Well, wherever we may have had them. We may have brought them from the U.S. we may have brought them back. You were talking about bringing them back from Canada. You may have hired what was available.

Mr. Barrett: You do not train doctors overnight.

The Chairman: We do have to wind up, but I want to leave you with three questions to which I do not want answers now, but I would like you to think about them and give us your views on.

One goes back to a comment that Mr. Barrett made in his opening statement when he talked about the responsibility that the baby boomer generation was taking for themselves. I happen to agree with that and I am also in his category. My father was an Anglican minister who always said, "The only sermon I could give is do not live bad, look what it did to me." So I am in your camp on these scores. But the policy question is what can government do to essentially encourage people or offer them incentives to behave responsibly? I mean I just give you a for instance, okay.

Currently, there is a uniform flat B.C. health care premium rate. Well, for example, if there was a national one, should smokers pay more? In other words, are there things you can do in that category? The second question has to do with the structure of the system. I mean I suspect if Tommy Douglas were designing the system today he would not design it to cover only two delivery systems, hospitals and doctors. What he would do is he would design it to cover all delivery systems for low-income people. As your income rose, the amount of services you received would be less. In other words, it is a very unusual system in which federally you pay a hundred per cent of two delivery systems for everybody and in theory zero per cent for the others.

vous aurez l'accessibilité. Ceux qui préconisent qu'ils sont prêts à dire «Si vous avez l'argent, alors vous êtes le numéro un sur la liste». Toutefois, vous prenez dans les ressources actuellement dans le secteur public. Vous n'ajoutez pas de nouvelles ressources supplémentaires.

Le sénateur Lawson: Une réponse à cela. Tout d'abord, à aucun moment pendant que je payais mes propres coûts sur ce que j'avais aux États-Unis, je n'ai jamais demandé à être relevé de mes versements aux soins de santé universels. Alors je n'enlève pas de là. Vous avez tort quand vous dites ça. Je ne prends rien.

Ensuite, si l'une de ces cliniques privées était venue et il y a des milliers de médecins dans la grande région de Vancouver et il lance une clinique en association avec le gouvernement de la Colombie-Britannique et embauche 50 médecins, maintenant nous avons 1.050 médecins. Que voulez-vous dire que nous n'avons pas plus de médecins?

M. Barrett: D'où avez-vous obtenu les 50 médecins? Vous les avez pris dans le secteur public.

Le sénateur Lawson: Bien, partout où nous avons pu les avoir. Il est possible que nous les ayons amenés des États-Unis et que nous les ayons ramenés. Vous parliez de les ramener du Canada. Vous pouvez avoir embauché ce qui était disponible.

M. Barrett: Vous ne formez pas des médecins en une nuit.

Le président: Nous devons clore mais je désirerais vous laisser avec trois questions auxquelles je ne veux pas les réponses maintenant, mais je voudrais que vous y réfléchissiez et vous nous fassiez part de vos idées sur le sujet.

L'un se rapporte à un commentaire que M. Barrett a fait dans son exposé d'ouverture quand il a parlé de la responsabilité que la génération des baby boomers prenait d'eux-mêmes. Je suis d'accord avec ça et je suis aussi dans sa catégorie. Mon père était un ministre anglican qui disait toujours, «Le seul sermon que je pourrais donner c'est de ne pas mener une mauvaise vie, regardez ce que cela m'a fait à moi.» Alors je suis dans votre camp sur cette question. Mais la question de politique est que peut faire le gouvernement pour encourager essentiellement les gens ou leur offrir comme incitatifs pour se comporter de manière responsable? Je veux dire, je vous donne un exemple, OK.

Actuellement, il existe un taux de prime fixe de soins de santé en Colombie-Britannique. Bien, par exemple, s'il y avait un taux national, les fumeurs devraient-ils payer davantage? En d'autres termes, y a-t-il des choses que vous pouvez faire dans cette catégorie? La deuxième question a trait à la structure du système. Je veux dire, je me doute que si Tommy Douglas concevait le système aujourd'hui, il ne le concevrait pas pour couvrir seulement deux réseaux de distribution, les hôpitaux et les médecins. Ce qu'il ferait, il le concevrait pour couvrir tous les réseaux de distribution pour les gens à faible revenu. Au fur et à mesure que le revenu augmenterait, la quantité de services que vous recevriez serait moindre. En d'autres mots, c'est un système très inusité dans lequel au fédéral vous payez 100 p. 100 de deux réseaux de distribution pour tout le monde, et en théorie zéro pour cent pour les autres.

Now, I know there are some transfers that cover part of that. However, look at all the European countries with universal health care systems: they are not designed by delivery system, they are designed largely by segment of the population. So the question is how do we move from what I would call a "vertically structured" system to a horizontal one?

Finally, there is a lot of experience now in Europe that shows that even maintaining a single payer — namely the government — but having the providers be different from the payers has huge economies in the sense of setting up an element both of consumer choice and competition among the hospitals themselves. So that in essence that while it does not affect the patient — the patient's bill is still paid by the public sector — it makes a difference to the hospitals in the sense that whether or not they attract patients to their hospital is a function of their performance. It also drives the creation of very efficient clinics because they can do it more economically. As I say, all the social democracies of Europe are moving in that direction with various kinds of experiments: have you guys any thoughts on that?

It would be most helpful if you could give us some thoughts on these three questions in the next month or so because they are three very, very difficult policy issues on which we have not had much in the way of commentary. If either or both of you want to make a closing comment, please proceed.

Mr. Barrett: I just want to say that I appreciate the opportunity of being here and I want to reiterate what I said in the opening. This is the best demonstration of what the senate is about. In my own frame of reference, I have attacked the senate frequently, but this particular use of senate committees — this or on any other subject — is essential and I am glad to see you all there. Thanks very much.

The Chairman: Thank you very much. It has been nice to see both of you again.

Senators, we have one last witness before lunch. Joan Gadsby, President of Market-Media International.

Ms Joan Gadsby, President, Market-Media International Corporation: Good morning. Thank you very much for the opportunity to be here. I assume that the material I supplied in March has been circulated to all members of the committee.

The Chairman: We have circulated them.

Ms Gadsby: Today I have also supplied another document called "Appearance/Presentation to the Canada Standing."

The Chairman: We have that in front of us.

Ms Gadsby: By way of background, I grew up in Ontario, graduate of Western; MBA Studies in Marketing; at UBC worked with four of Canada's largest companies; former elected official at the local level in North Vancouver for 13 years. My background is large corporate marketing with four of Canada's largest companies. I am a former elected official at the local level in North Vancouver as an alderman. I am also author of a book entitled

Maintenant, je sais qu'il y a certains transferts qui couvrent une partie. Toutefois, regardez tous les pays européens avec des systèmes universels de soins de santé; ils ne sont pas conçus par réseau de distribution, ils sont conçus surtout par segment de population. Alors la question est de savoir comment passons-nous de ce que j'appellerais un système «verticalement structuré» à une structure horizontale?

Finalement, il y a beaucoup d'expériences actuellement en Europe qui montrent que maintenir un payeur unique — c'est-à-dire le gouvernement — mais avoir des fournisseurs différents des payeurs présente de grandes économies dans le sens de mettre en place à la fois un élément de choix du consommateur et de concurrence entre les hôpitaux eux-mêmes. De sorte qu'essentiellement cela n'influe pas sur le patient — la facture du patient est encore payée par le secteur public — cela fait une différence pour les hôpitaux dans le sens qu'attirer ou non des patients à leur hôpital est une fonction de leur performance. Ceci entraîne aussi la création de cliniques très efficaces parce qu'elles peuvent le faire plus économiquement. Comme je dis, toutes les social-démocraties d'Europe se dirigent dans cette direction avec divers types d'expériences: avez-vous messieurs des idées là-dessus?

Ce serait plus utile si vous pouviez nous donner quelques idées sur ces trois questions au cours des prochains mois, car ce sont trois questions de politique très difficiles sur lesquelles nous n'avons pas eu beaucoup de commentaires. Si l'un d'entre vous désire présenter un exposé pour conclure, s'il vous plaît allez-y.

M. Barrett: J'aimerais juste vous dire que j'apprécie l'occasion d'être ici et je veux répéter ce que j'ai dit dans l'exposé d'ouverture. C'est la meilleure démonstration de ce qu'est le Sénat. Dans mon propre cadre de référence, j'ai attaqué le Sénat fréquemment, mais cette utilisation particulière des comités du Sénat — sur ce sujet ou tout autre sujet — est essentielle et je suis heureux de vous voir tous ici. Merci beaucoup.

Le président: Merci beaucoup. J'ai été bien content de vous revoir tous les deux.

Sénateurs, nous avons un dernier témoin avant le repas. Joan Gadsby, présidente de Market-Media International.

Mme Joan Gadsby, présidente, Market-Media International Corporation: Bonjour. Merci beaucoup de me donner l'occasion d'être ici. Je présume que les documents que j'ai fournis en mars ont été distribués à tous les membres du comité.

Le président: Nous les avons fait circuler.

Mme Gadsby: Aujourd'hui je vous ai aussi fourni un autre document intitulé: «Comparution/présentation sur la position du Canada».

Le président: Nous l'avons devant nous.

Mme Gadsby: Comme information sur mes antécédents, j'ai grandi en Ontario, diplômée de Western; fait des études de MBA en marketing à UBC, travaillé avec quatre des plus grandes sociétés du Canada; ancienne élue au niveau local dans Vancouver-Nord pendant 13 ans. Mes antécédents sont dans le grand service de marketing de quatre des plus grandes sociétés du Canada. Je suis une ancienne conseillère municipale au niveau

Addiction by Prescription, which is here in front of me, which was published by Key Porter a year ago. It is about the over-prescribing of drugs and my own personal experience. I also brought with me a copy of a television documentary, which I co-executive produced with Jack McGaw of W5, which was aired across Canada on CTV.

In covering this issue, I would like to draw to your attention to the serious and continuing problem of mis-prescribing, over-medication and use of benzodiazepines, which are tranquilizers and sleeping pills and antidepressants in Canada.

I was prescribed these drugs for 20 years after my son died with a brain tumour. I almost lost my life February 2, 1990 from an unintentional overdose. I have been rebuilding ever since. I have been off of the pills for 11 years. I have gone through the death of my daughter with breast cancer May 1, 1999. The point here is simply that we have hundreds of thousands of Canadians who have become accidental addicts from the over-prescribing of these drugs. People have become accidental addicts because they trusted their doctor to do no harm and took the pills. I would like to draw your attention to the fact that this was known 20 years ago. I talked to Monique Bégin, who was the health minister at the time.

A book, *The Effects of Tranquillization: Benzodiazepine Use in Canada*, came out at that time. It was distributed to all doctors in Canada. Patients did not know anything about it. Essentially the material I am bringing to this Committee is covered in this book — all aspects of the over-prescribing of drugs.

I would like to touch on the very serious socio-economic impacts of these drugs. In my case, I have gone through \$2 million in lost income and assets in regaining my health. But the socio-economic implications are not only the effects on the health care system. Let us talk about quality of life — my quality of life today is 10 times what it was.

What are the costs of these drugs? Costs have included health and safety in the workplace: career devastation, family dysfunction; productivity losses; and insurance claims. These drugs have been known to cause car accidents — 40 per cent of the people who are prescribed these drugs and who have tested positive, have been involved in car accidents. Falls are another problem. On the North Shore, where I live, \$2 million has been spent on people who have fallen from the affects of these drugs. People lose years of their lives — as happened in my case. People lose their lives to overdoses. There are also additional costs to the legal and justice system: WCB claims, insurance claims from suicidal ideation caused by these drugs.

In respect to the health care system, we have got doctors' fees, drug costs, emergency admissions, and pharmacists' fees. We also have detox facilities, which are lacking sadly in respect to these particular drugs. You cannot put people who are in withdrawal from prescription drugs in with cocaine and heroin addicts. They

local à Vancouver-Nord. Je suis aussi l'auteure d'un livre intitulé *La dépendance par ordonnance (Addiction by Prescription)*, qui est ici devant moi, publié par Key Porter, il y a un an. C'est au sujet de la surordonnance de médicaments et de ma propre expérience. J'ai aussi apporté l'exemplaire d'un documentaire télévisuel, que j'ai coproduit avec Jack McGaw de W5, qui a été présenté à travers le Canada sur le réseau CTV.

En couvrant cette question, j'aimerais attirer votre attention sur le problème grave et continu au Canada des mauvaises ordonnances, de la surmédication et de l'usage de benzodiazépines, qui sont des tranquillisants, des cachets pour dormir et des antidépresseurs.

On m'a prescrit des médicaments pendant 20 années après que mon fils soit mort d'une tumeur au cerveau. J'ai presque perdu la vie le 2 février 1990 d'une surdose non intentionnelle. Je récupère depuis lors. Je ne prends pas de médicaments depuis 11 ans. Je suis passée à travers le décès de ma fille du cancer du sein le 1^{er} mai 1999. Le point ici est simplement que nous avons des centaines de milliers de Canadiens qui sont devenus des toxicomanes accidentels à cause d'une surordonnance de ces médicaments. Les gens sont devenus des toxicomanes accidentels parce qu'ils se sont fiés au fait que leur médecin ne leur causerait aucun tort et ils ont pris les pilules. J'aimerais attirer votre attention sur le fait que c'était connu, il y a 20 ans. J'ai parlé à Monique Bégin, qui était le ministre de la Santé à l'époque.

Un livre, *Les effets de la tranquillisation: l'usage du benzodiazépine au Canada (The Effects of Tranquillization: Benzodiazepine Use in Canada)*, a été publié à ce moment-là. Il a été distribué à tous les médecins au Canada. Les patients n'ont rien su à ce sujet. Essentiellement le matériel que je présente à ce comité est couvert dans le livre — tous les aspects de la sur-ordonnance des médicaments.

J'aimerais glisser un mot sur les effets socio-économiques graves de ces médicaments. J'ai dépensé 2 millions de dollars en revenu perdu et actifs pour recouvrer ma santé. Mais les implications socio-économiques ne sont pas seulement les effets sur le système de soins de santé. Parlons de la qualité de vie — ma qualité de vie aujourd'hui est 10 fois ce qu'elle était.

Quels sont les coûts de ces médicaments? Les coûts incluent la santé et la sécurité dans le milieu de travail: la destruction de carrière, le dysfonctionnement familial: les pertes de productivité; et les demandes d'assurance. On reconnaît que ces médicaments sont causes d'accidents de voiture — 40 p. 100 des gens à qui on a prescrit ces médicaments et qui ont subi un test positif, ont été impliqués dans des accidents de voiture. Les chutes sont un autre problème. Sur la rive nord, où je vis, 2 millions de dollars ont été dépensés pour des gens qui ont fait une chute sous l'effet de ces médicaments. Les gens perdent des années de leur vie comme dans mon cas. Les gens meurent de surdoses. Il y a aussi des coûts supplémentaires pour le système juridique et judiciaire: les demandes au WCB, les demandes d'assurance en raison des idées suicidaires provoquées par ces médicaments.

Relativement au système de soins de santé, nous avons les honoraires des médecins, les coûts des médicaments, et les honoraires des pharmaciens. Aussi des installations de désintoxication, qui sont tristement mal équipées eu égard à ces médicaments. Vous ne pouvez placer des gens qui sont en sevrage

cannot identify. You cannot put them in with alcoholics; the AA philosophy does not apply here.

Here are some statistics. Between 10 and 20 per cent of the Canadian population are prescribed these drugs — over half of that number, repetitively. Up to 30 per cent of seniors over the age of 60 are prescribed these drugs. The problem continues.

The Pharmaceutical Manufacturers' Association essentially markets — pardon the expression — the hell out of these drugs. That is my background in marketing. I put multimillion-dollar marketing plans together. Doctors bought in and a lot of the doctors have refused to change. There is some ignorance, with due respect, denial and some apathy on behalf of the medical community in respect to these drugs.

What are the elements? The four elements of the problem are: Unnecessary prescribing beyond short-term use — seven to ten days. This 1982 publication shows two to four weeks. In my case, I was given Valium, Librium, Dominal, Restoril, Serax and Ativan and antidepressants. I had a chemical cocktail in my body and I did not even know it. There are serious and often dangerous side effects of the drugs. I would like to refer you to the publication which is on the Web site www.benzo.org.uk.

It is important to look at the side effects of these drugs. Number one — the one that hit me the most and affected my career — is brain damage or cognitive impairment, that affects 51 per cent of the people who use these drugs. I have gone through extensive cognitive re-training at my own expense to bring myself back.

When they are on these drugs, people have impaired judgement, slurred speech, impaired learning, decreased short- and long-term memory and in the case of seniors, dementia resulting from long-term use.

The second issue of adverse effects is behavioural problems: paradoxical reactions; increased behavioural disinhibition; induced rage; release of hostility; and, anti-social behaviour. In my case — I only use mine to illustrate — I bit a policeman's finger, I bashed a suitcase through an airport door in Kelowna coming back from a conference, I stood on my deck railing of my home and was going to fly, thought I could fly. These are the effects of these drugs.

Psychomotor effects affect spatial ability, impaired driving, and blurred vision.

There are also serious psychiatric symptoms. What is key here is that these pills create depressive symptoms, which ultimately impact on the health care system because people are then given anti-depressants. We have suicidal ideation created by these drugs. The DSM-IV — with which I am sure you are all familiar — says

de médicaments d'ordonnance avec ceux pour la cocaïne et l'héroïne. Ils ne peuvent s'y identifier. Vous ne pouvez les placer avec les alcooliques: la philosophie des AA ne s'applique pas ici.

Voici quelques statistiques. On prescrit ces médicaments à environ 10 et 20 p. 100 de la population canadienne, et pour la moitié d'entre eux de manière répétitive. Jusqu'à 30 p. 100 des gens âgés de 60 ans se voient prescrire ces médicaments. Le problème se poursuit.

L'Association des manufacturiers de produits pharmaceutiques met essentiellement en marché, excusez l'expression, l'enfer dans ces médicaments. Ce sont mes antécédents en marketing. J'ai mis sur pied des plans de marketing de multimillions de dollars. Les médecins les ont achetés et un grand nombre de médecins refusent de changer. Il y a un peu d'ignorance, avec tout le respect que je leur dois, la négation et un peu d'indifférence de la part de la communauté médicale en ce qui a trait à ces médicaments.

Quels sont les éléments? Les quatre éléments du problème sont: des ordonnances non nécessaires après un usage à court terme — sept à dix jours. Cette publication de 1982 indique deux à quatre semaines. Dans mon cas, j'ai reçu du Valium, Librium, Dominal, Restoril, Serax et Ativan et des antidépresseurs. J'avais un cocktail chimique dans mon corps et je ne le savais même pas. Il y a des effets graves et secondaires dangereux de ces médicaments. J'aimerais vous référer à la publication qui est sur le site Web www.benzo.org.uk.

Il est important de regarder les effets secondaires de ces médicaments. Le premier — celui qui m'a le plus frappé et a affecté ma carrière est le dommage au cerveau ou la diminution des capacités cognitives, qui affecte 51 p. 100 des gens qui utilisent ces médicaments. Je suis passée à travers une reformation cognitive exhaustive à mes propres frais pour me retrouver.

Quand ils utilisent ces médicaments, les gens ont le jugement affecté, des troubles de l'élocution, un apprentissage affecté, une mémoire diminuée — court — et long terme, et dans le cas des personnes âgées, la démence résultant de l'utilisation de longue durée.

Le deuxième élément engendre comme effets négatifs les problèmes de comportement: les réactions paradoxales: la désinhibition de comportement accrue: la fureur induite: l'expression d'hostilité: et le comportement antisocial. Dans mon cas je n'utilise le mien qu'à titre d'illustration — J'ai mordu un policier au doigt, j'ai frappé une valise contre une porte de l'aéroport à Kelowna en revenant d'une conférence. Je me suis tenue sur la rampe du patio extérieur de mon domicile et j'allais voler, je pensais que je pouvais voler. Ce sont les effets de ces médicaments.

Les effets psychomoteurs touchent l'aptitude spatiale, affaiblissent les facultés lors de la conduite d'un véhicule et troublent la vision.

Il y a aussi les symptômes psychiatriques graves. La clé est que ces pilules créent des symptômes dépressifs, qui finalement affectent le système de soins de santé parce que les gens reçoivent alors des antidépresseurs. Nous avons des idées suicidaires résultant de ces médicaments. Le DSM-IV avec lequel je suis

that you cannot diagnose psychiatric problems when people are on these drugs.

These drugs create anxiety disorders. I see that Dr. Peter McLean is speaking to this group later on today; I have talked with Peter about this issue. When the people get off these drugs, the anxiety goes. The anxiety is caused by mini-withdrawal between pills.

Addiction, what is addiction in respect to these drugs? It is not pleasure seeking. The people using them are not going out and buying these drugs on the street — mind you, a minimal number of people who get hooked do buy them on the street. People who are prescribed these drugs go through mini-withdrawal between pills, depending upon the half-life of the drugs. For example, you can take a sleeping pill at night and the next day you can go into withdrawal, which is your body saying I need another pill. Your body builds up a tolerance.

Another issue is alcoholism. People who never drank alcohol before often will drink alcohol to counter-act the mini-withdrawals between pills. There is a cross-addiction here.

I bring to your attention emotional anesthesia. The prescription drugs following my son's death did not allow me to deal with it.

Another issue that is very important here is floppy baby syndrome. The House of Commons recently dealt with the issue of fetal alcohol syndrome and labelling for alcohol products. I contacted and I have been in touch with a lot of the politicians. I said, "What about benzodiazepines and floppy baby syndrome?" Floppy baby syndrome is very similar to fetal alcohol syndrome. Mothers who are prescribed these drugs can in fact have babies who are born going through withdrawal. There could be the long-term effects very similar to fetal alcohol syndrome that these people may not be productive members of society.

The Chairman: Can I ask you to start to wind up because you have been going for ten minutes.

Ms Gadsby: There is lot of ground to cover here.

The Chairman: Well, you have been going ten minutes.

Ms Gadsby: Well, this is most unfortunate.

In any event, withdrawal systems, they are highlighted there. You have a lot of material on the facts of benzodiazepines, you have material on the research in respect to cognitive impairment.

I would like to spend a few minutes on one of the key recommendations, which are in the document entitled "Call to Action" in the package I have given you today. This is what needs to be done. There are fourteen points here: lots of studies, little action; redirection of research funding; guidelines are not being followed; doctors' lack of ongoing education; lack of legal

certain que vous êtes tous familiers révèle que vous ne pouvez pas diagnostiquer les problèmes psychiatriques quand les gens utilisent ces médicaments.

Ces médicaments créent des troubles d'anxiété. Je vois que le Dr Peter McLean parle à ce groupe ultérieurement aujourd'hui: J'ai parlé avec Peter de cette question. Quand les gens abandonnent ces médicaments, l'anxiété disparaît. L'anxiété est causée par des mini-sevrages entre les pilules.

La dépendance, qu'est-ce que la dépendance par rapport à ces médicaments? Ce n'est pas une recherche du plaisir. Les gens qui les utilisent ne sortent pas pour acheter ces médicaments dans la rue — vous remarquerez qu'un petit nombre de personnes qui deviennent intoxiquées par ces médicaments les achètent dans la rue. Les gens à qui on prescrit ces médicaments passent par le mini-sevrage entre des pilules, selon la demi-vie des médicaments. Par exemple, vous pouvez prendre un cachet pour dormir le soir et le lendemain vous retrouver en manque, il s'agit de votre corps qui dit j'ai besoin d'une autre pilule. Mais votre corps développe une tolérance.

Une autre question est l'alcoolisme. Les gens qui n'ont jamais bu d'alcool auparavant boiront souvent de l'alcool pour contrebalancer le mini-manque entre les pilules. Il y a une interdépendance ici.

J'attire votre attention sur l'anesthésie émotionnelle. Les médicaments d'ordonnance à la suite du décès de mon fils ne m'ont pas permis d'y faire face.

Une autre question qui est très importante est le syndrome de la poupée de son. La Chambre des communes a récemment traité de la question du syndrome d'intoxication foetale à l'alcool et de l'étiquetage des alcooliques. J'ai communiqué avec un grand nombre de politiciens et j'ai été en relation avec eux, je leur ai dit: «Qu'en est-il des benzodiazépines et du syndrome d'intoxication foetale?» Le syndrome d'intoxication foetale est semblable au syndrome foetal à l'alcool. Les mères qui se font prescrire ces médicaments peuvent comme de fait avoir des bébés qui naissent en manque. Il pourrait y avoir des effets à long terme très semblables au syndrome foetal à l'alcool, que ces gens ne puissent être des membres productifs de la société.

Le président: Puis-je vous demander de commencer votre conclusion, car vous parlez depuis dix minutes.

Mme Gadsby: Il y a beaucoup de matière à couvrir ici.

Le président: Bien, mais vous avez déjà parlé pendant dix minutes.

Mme Gadsby: Bien, c'est fort regrettable.

Dans tous les cas, les systèmes de sevrage sont mis en évidence ici. Vous avez beaucoup de matière sur les conséquences des benzodiazépines, vous avez de la matière sur la recherche au sujet de la diminution cognitive.

J'aimerais passer quelques minutes sur les recommandations clés, qui sont dans le document intitulé «Appel à l'action» dans l'ensemble que je vous ai donné aujourd'hui. Voici ce qui doit être fait. Il y a quatorze points ici: plusieurs études, peu d'action; détournement du financement de la recherche; directives qui ne sont pas suivies; insuffisance de formation continue des médecins;

accountability; lack of objective information provided to the consumer; incentive for pharmacists; high demand for these drugs; and, lack of alternatives.

People do not need these drugs. What we need is a healthy lifestyle. I run two and a half miles every day. My diet is impeccable. I have a great support system around me. Lack of infrastructure. Key point. Doctors' knowledge in how to help people to go through the withdrawal is minimal and there are no facilities for people to go to. There is a lot of minimization and denial by the government.

With regard to the conflicting relationship between profit and motivated drug companies and research funding, we have seen a lot of this in the press lately. What is needed here too is the integrated effort.

When I met with Senator Lucie Pépin when I was in Ottawa, this young woman, 20 years of age, died. She did not survive; I did survive.

Senator Carney: Can I just point out a technical point. The stenographers cannot transcribe if you just wave something. You have to tell them what it is.

Ms Gadsby: I am referring to an article that appeared in *The Vancouver Sun*, May 8, 2001 entitled "Prescription drugs blamed for death of Abbotsford woman." This is illustrative. This young woman was prescribed in a two-month period, four different benzodiazepines, antidepressants and, finally, anti-psychotics. Those drugs killed this woman.

In respect to another key recommendation, to which I would like to refer — and I feel very, very strongly about this — is the recommendation that is in the package today which deals with a resolution to the Canadian government which has been passed by the B.C. Liberal Women's Commission here in Vancouver and I would like to refer to it. The bottom line in this resolution is that the Canadian government and the Minister of Health and through you, members of the Senate committee, must hold a national public inquiry and a series of nationwide hearings into the prescribing of these drugs to assess the amount of damage.

I happen to have had the assets to use to rebuild my life. A lot of people I know in this situation live on welfare or have disabilities. We need a series of nationwide hearings. We need a multi-stakeholder strategic action plan.

The health minister Allan Rock has read my book. I have spoken with him a number of times. No funding has been coming forth. We need an awareness program and to establish accountability when the drugs are prescribed beyond established guidelines. The next stage of the resolution is simply this, the provision of financial compensation for the extensive costs of personal injury to affected Canadians caused by benzo addiction. In the U.K., where I spoke at an international conference last November, there were 17,000 litigants from the effects of these drugs.

manque de responsabilité légale; manque d'information objective fournie au consommateur; incitatif pour les pharmaciens; forte demande pour ces médicaments, et manque de solution de rechange.

Les gens n'ont pas besoins de ces médicaments. Ils ont besoin plutôt d'un style de vie sain. Moi, je cours deux milles et demie par jour. J'ai un régime alimentaire impeccable. J'ai un remarquable réseau de soutien autour de moi. Le manque d'infrastructure. Le point-clé. La connaissance des médecins sur la manière d'aider les gens à passer à travers le sevrage et il n'y a pas d'établissement où les gens peuvent aller. Il y a beaucoup de minimisation et de déni par le gouvernement.

Au sujet de la relation conflictuelle entre le profit et les sociétés pharmaceutiques motivées et le financement de la recherche, nous avons vu beaucoup d'articles à ce sujet dans la presse récemment. Ce qui est requis ici aussi c'est un effort intégré.

Lorsque j'ai rencontré le sénateur Lucie Pépin quand j'étais à Ottawa, cette jeune femme, de 20 ans, est décédée. Elle n'a pas survécu; J'ai survécu.

Le sénateur Carney: Puis-je soulever un point technique? Les sténographes ne peuvent transcrire si vous tenez quelque chose dans la main. Vous devez leur dire de quoi il s'agit.

Mme Gadsby: Je réfère à un article paru dans le *Vancouver Sun* du 8 mai 2001 «Des médicaments d'ordonnance causent le décès d'une femme d'Abbotsford.» C'est une illustration. On avait prescrit à cette jeune femme dans un laps de temps de deux mois, quatre différentes benzodiazépines, des antidépresseurs et, finalement, des antipsychotiques. Ces médicaments ont tué cette femme.

Au sujet d'autres recommandations clés, auxquelles j'aimerais référer — et j'y crois très, très fortement — il y a la recommandation qui est dans l'ensemble aujourd'hui traitant d'une résolution au gouvernement canadien qui a été adoptée par la Commission de la femme du Parti libéral de la Colombie-Britannique ici à Vancouver et j'aimerais y référer. Le fond de cette résolution est que le gouvernement canadien et le ministre de la Santé et par votre entremise, les membres du Comité sénatorial, doivent tenir une enquête publique nationale et une série d'auditions à l'échelle nationale au sujet de l'ordonnance de ces médicaments pour évaluer le niveau des dommages.

J'avais par chance les atouts nécessaires pour refaire ma vie. Je connais un grand nombre de gens dans cette situation qui vivent de l'aide sociale ou sont handicapés. Nous avons besoin d'une série d'audiences à l'échelle nationale. Nous avons besoin d'un plan d'action stratégique regroupant des intervenants multiples.

Le ministre de la Santé Allan Rock a lu mon livre. J'ai parlé avec lui plusieurs fois. Aucun financement ne s'est matérialisé. Nous avons besoin d'un programme de conscientisation et pour établir la responsabilité quand les médicaments sont prescrits au-delà des directives établies. L'étape suivante de la résolution est simplement ceci, la mise en place de compensation financière pour les coûts considérables assumés par les Canadiens malades en raison d'une dépendance au benzo. Au Royaume-Uni, où j'ai parlé en novembre dernier à une conférence internationale, il y avait 17 000 plaintes liées aux effets de ces médicaments.

The second part of the resolution also refers to financial support for treatment programs and the development and dissemination of patient withdrawal protocols to deal with the issue. We have looked to programs in from the U.K., run by a Dr. Heather Ashton, who is an international expert. We have tried to get funding from the health minister Allan Rock. He wrote back to one of my colleagues basically saying, "Very important, keep up the good work, we have no money. We have no financial revenue streams."

The Chairman: One last comment.

Ms Gadsby: We need to investigate financial contributions from the medical community, its organizations/regulators, and from the research-based pharmaceutical companies. I have spoken to Marie Elston about this. I have got proposals out. A lot of the material that I have presented is on the Web site but I would also, before I conclude, talk about advertising by the pharmaceutical companies. This is my background.

I refer to an advertisement that appeared in full colour on the back page of the one of the Canadian Medical Association's journals — the *CMA News* — in October 1995. The ad, for Prozac, infers that "You too can be happy if you are on Prozac." Look in the small print: "Seldom has one drug helped to change so many lives." What are the side effects? Anxiety, depression, nervousness. So what happens? You have got people on benzos put on antidepressants, or conversely you have people on antidepressants who get put on benzos. This is not the kind of thing, this is not ethical.

In winding up, thank you for the opportunity. I have not had a chance to go into the material about antidepressants, but the concern about antidepressants is this: We have a lot of women who are hurting their children and these women, a lot of them have not been diagnosed. They have shot, they have killed their children. They have not been diagnosed as being homicidal prior to being put on the antidepressant or being suicidal. One of my colleagues in the U.S. is bringing this to attention.

Senator Carney: I would like to thank you for your presentation and I realize how deeply you are committed to this public awareness program. I have looked at the list of trouble-making drugs that you outline and thank goodness I am not taking any of them, so that is a relief. I would like to ask you two questions. One is what are your views on drug companies financing medical research?

Ms Gadsby: That is contained in my material that I gave to you today.

I have major problems with that from the standpoint, and it is in my "Call to Action" section. My recommendation on that is for a public body to establish criteria for research. I know firsthand that there is interference.

La deuxième partie de la résolution réfère aussi à l'appui financier pour des programmes de traitement et le développement et la diffusion de protocoles de retrait pour les patients pour traiter de cette question. Nous avons analysé des programmes au Royaume-Uni, dirigés par le Dr Heather Ashton, qui est un expert international. Nous avons essayé d'obtenir du financement du ministre de la Santé, Allan Rock. Il a répondu à l'un de mes collègues en disant à peu près ceci: «Très important, poursuivez le bon travail. Nous n'avons pas de sources de revenus».

Le président: Un dernier commentaire.

Mme Gadsby: Nous avons besoin d'enquêter sur les contributions financières de la communauté médicale, ses organismes/régulateurs, et des sociétés pharmaceutiques basées sur la recherche. J'ai parlé à Marie Elston à ce sujet. J'ai des propositions en circulation. Nombre des documents que j'ai présentés sont sur le site Web mais je voudrais aussi, avant de conclure, parler de la publicité par les sociétés pharmaceutiques. C'est un domaine dont j'ai l'expérience.

Je réfère à une annonce parue en couleurs sur la couverture arrière d'un des journaux de l'Association médicale canadienne, le *CMA News* en octobre 1995. L'annonce, pour Prozac, infère que Vous pouvez être heureux si vous prenez du Prozac. Lisez les petits caractères: «Rarement un médicament a contribué à changer tant de vies». Quels sont les effets secondaires? L'anxiété, la dépression, la nervosité. Alors qu'arrive-t-il? Vous avez des gens utilisant des benzos à qui l'on prescrit des antidépresseurs, ou l'inverse, des gens utilisant des antidépresseurs à qui on prescrit des benzos. Ce n'est pas le genre de choses à faire, ce n'est pas éthique.

Pour terminer, merci de l'occasion. Je n'ai pas eu la chance de parler des antidépresseurs, mais la préoccupation au sujet des antidépresseurs est celle-ci: Nous avons beaucoup de femmes qui blessent leurs enfants et ces femmes, un grand nombre d'entre elles n'ont pas été diagnostiquées. Elles ont tiré sur leurs enfants, elles les ont tués. Elles n'ont pas été diagnostiquées comme des personnes homicides suicidaires avant de se voir prescrire des antidépresseurs. Un de mes collègues aux États-Unis attire l'attention sur cette question.

Le sénateur Carney: J'aimerais vous remercier de votre représentation et je réalise que vous êtes profondément engagée dans ce programme de conscientisation publique. J'ai regardé la liste des médicaments cause des problèmes que vous indiquez et Dieu merci je n'en prends aucun, alors c'est un soulagement. J'aimerais vous poser deux questions. La première est quelles sont vos opinions sur le financement de la recherche médicale par les sociétés pharmaceutiques?

Mme Gadsby: Elles sont présentées dans la documentation que je vous ai donnée aujourd'hui.

J'ai des problèmes majeurs à ce point de vue, et c'est dans la partie «l'Appel à l'action». Ma recommandation à ce propos est qu'un organisme public établisse les critères de la recherche. Je sais de source sûre qu'il y a de l'ingérence.

Senator Carney: Tell us so it is on the record. Do not read it; just tell us what are your views on that issue so it is a matter of record.

Ms Gadsby: Number one, they have a vested interest in the results. We have the Dr. Olivieri situation in Toronto; we have the situation in the University of Wales and the Centre for Addiction Medicine and Medicine Health. You need to have an ethics committee. I do know where results have been swayed as a result of a pharmaceutical company's involvement.

They are not going to do research on the side effects of the drugs because a lot of them now have gone from patented to generic labels. I recommend that control of clinical trials and research funding by pharmaceutical companies who have invested interest in results needs to be publicly regulated by an independent body, including the publishing of findings in medical journals. We have seen some progress on that. Senator Carney, recently where the medical journals have said, "We are not going to publish these results." There is inference and influence even with the *New England Journal of Medicine*.

Senator Carney: You say you have trouble with it. What do doctors tell you? I mean there are two eminent doctors on this committee at least. What is their response? Since this is a known and identified problem, how have doctors responded to you with regard to why it is continuing?

Ms Gadsby: I have worked with some excellent doctors on this issue. Dr. Jim Wright, Head of Therapeutics at UBC, is trying to get the message out; I have got Dr. Dennis Kendel, who is the Registrar of the College of Physicians and Surgeons in Saskatchewan who is trying to do something about the problem. The issue is that there is fear of litigation — and so there should be when people's lives are devastated. There is a lack of continuing medical education among the doctors. Some of the doctors will say, "Well, you know, so-and-so is on these pills. She cannot go through the withdrawal because it is horrendous."

I went through withdrawal for two years. I am a strong woman, but I was scared that I was going to die. You need to work with a group of committed doctors. Recently the Health Transition Fund, conducted studies on doctors' prescribing habits in the 15 continual medical education colleges across the country. Attempts to change prescribing habits were unsuccessful. The response from some of the doctors was, "Well, who are you to question my prescribing habits?" This is a problem — a problem of ego, arrogance, whatever.

In B.C., the College of Family Physicians conducted a similar kind of study, also without success. One of the major drawbacks is the lack of knowledge of how to help people get off prescription drugs. Doctors are into — and pardon the expression — "turnstile" type medicine. They do not have the time to help Joe Blow or Jane Smith go through it. They do not know how to do it.

Le sénateur Carney: Voulez-vous nous le dire pour que cela soit au dossier. Ne le lisez pas, veuillez juste nous donner vos points de vue sur la question de sorte qu'ils soient consignés au dossier.

Mme Gadsby: En premier lieu, ils sont un intérêt direct dans les résultats. Nous avons la situation du Dr Olivieri à Toronto; nous avons la situation de l'Université du Pays de Galles et du Centre pour la toxicomanie en médecine et la santé en médecine. Vous avez besoin d'un comité de déontologie. Je sais où les résultats ont été biaisés par suite de l'implication d'une société pharmaceutique.

Ils ne feront pas de recherche sur les effets secondaires des médicaments parce qu'un grand nombre d'entre eux sont devenus, de produits brevetés, des produits génériques. Je recommande que le contrôle des essais cliniques et du financement de la recherche par des sociétés pharmaceutiques qui ont des droits acquis dans les résultats soit réglementé publiquement par un organisme indépendant, comprenant la publication des conclusions dans des journaux médicaux. Nous avons vu certains progrès à ce sujet, sénateur Carney, récemment les revues médicales ont dit «Nous ne publierons pas ces résultats». Il y a interférence et influence même avec le *New England Journal of Medicine*.

Le sénateur Carney: Vous dites que vous avez des problèmes avec ça. Que vous disent les médecins? Je veux dire, il y a deux médecins éminents à ce comité au moins. Quelle est leur réponse? Puisque c'est un problème connu et identifié, les médecins vous ont-ils dit pourquoi la situation se poursuit?

Mme Gadsby: J'ai travaillé avec quelques excellents médecins sur cette question. Le Dr Jim Wright, chef des services thérapeutique à UBC, tente de diffuser le message; le Dr Dennis Kendel, Registraire du Collège des médecins et des chirurgiens de la Saskatchewan, qui tente de faire quelque chose au sujet du problème. La question est qu'il y a la peur de procès — et cela devrait être le cas quand la vie des gens est dévastée. Il y a un manque de formation médicale continue parmi les médecins. Certains des médecins diront «Bien, vous savez, un tel et un tel prennent ce médicament. Elles ne peuvent passer à travers le sevrage parce que c'est terrible».

Je suis passée par le sevrage durant deux années. Je suis une femme forte, mais j'avais peur de mourir. Vous devez travailler avec un groupe de médecins engagés. Récemment le Fonds de transition de santé, a mené des études sur les habitudes d'ordonnance des médecins dans les 15 collèges d'enseignement médical continu à travers le pays. Les tentatives pour changer les habitudes d'ordonnance ont échoué. La réponse de certains médecins était «Eh bien, qui êtes-vous pour contester mes habitudes d'ordonnance?» C'est un problème — un problème d'ego, d'arrogance, ou quelque chose du genre.

En Colombie-Britannique, le Collège des médecins de famille a mené le même genre d'études, aussi sans succès. Un des grands inconvénients est la méconnaissance sur la manière d'aider les gens à abandonner les médicaments sur ordonnance. Les médecins sont — et excusez l'expression — dans une médecine de type «moulinet». Ils n'ont pas le temps d'aider monsieur tout le monde

When you are going through the withdrawal, you are so frightened. When I was going through the withdrawal, I phoned the one doctor at night, his colleague was in there, he said, "Take a pill." I said, "You go to hell." That is why people go back on the pills. They cannot handle it.

Senator Keon: Ms Gadsby, I just want to acknowledge the tremendous effort you have made also and commend you on it.

My own perception of this situation is it comes under the broad category of quality care, which can run amok in prescription of drugs and the use of a lot of therapies. For some time, my feeling has been that we will not overcome this until we have an appropriate information system that can monitor patients as individuals and so forth and we cannot impose this on patients from above. However, an information system would be very helpful. For example, if you had owned your own health card when this was happening and there was an appropriate monitoring system in place, this could not have happened to you. I think perhaps it would be worth your while, as you continue your advocacy role, to think about this.

Ms Gadsby: In British Columbia we have a Pharmanet program, which shows what the prescribing is. The Pharmanet program is very important, but that is not going to deal with the issue. We have stats, we have an information system out there and we have a lack of medical supervision to help people going through withdrawal, and a lack of knowledge amongst the general population. For your own information, sir, without funding my efforts will not continue. They will have more deaths.

I have put a lot of my own money into getting this message out, but without funding I cannot continue. There is a class action lawsuit being contemplated here in Canada to drive the system to change. Lillian Bain, who is now working with Roy Romanow and his commission said, "Joan, the only way you're going to affect change is through media and class action." We have a situation here that is very similar to the Red Cross blood scandal. The problems are known by government, by doctors and by the pharmaceutical companies.

I have taken a very constructive approach to get all the stakeholders to work with me. I gave Jean Chrétien a copy of the book and I have told him of my frustrations in dealing with Allan Rock and the former minister of health David Dingwall. I presented to the standing committee on health in Ottawa in April of 1997 — more than four years ago. In the last few months, I have been personally aware of 17 deaths. The other night I had a call from a 50-year-old man going through withdrawal in tears. This is a tragedy.

That is why I felt very strongly about the opportunity to present to your committee and hope that there will be some sort of action.

ou Jean Latulipe à faire ce passage. Ils ne savent pas comment faire.

Quand vous passez par le sevrage, vous êtes si effrayé. Durant mon sevrage, j'ai donné un coup de téléphone au médecin un soir, son collègue était présent, il a dit «Prenez la pilule», j'ai répondu, «allez au diable». C'est pourquoi les gens retournent aux pilules. Ils ne peuvent pas y faire face.

Le sénateur Keon: Madame Gadsby, je désire simplement reconnaître l'effort énorme que vous avez fait, et aussi vous en féliciter.

Ma propre perception de cette situation est qu'elle tombe sous la grande catégorie de soins de santé de qualité, qui peut dérailler sérieusement dans l'ordonnance de médicaments et l'emploi d'un grand nombre de thérapies. Pendant quelque temps, mon sentiment a été que nous ne vaincrons pas cela tant que nous n'aurons pas un système d'information approprié qui peut surveiller les patients comme des individus et nous ne pouvons imposer cela aux patients d'en haut. Toutefois, un système d'information serait très utile. Par exemple, si vous deviez posséder votre propre carte de soins de santé lorsque cela se produisait et s'il existait un système de surveillance approprié en place, ceci ne vous serait pas arrivé. Je crois peut-être que cela pourrait valoir pour vous l'effort, en poursuivant votre rôle de pression, d'y réfléchir.

Mme Gadsby: En Colombie-Britannique nous avons un programme Pharmanet, qui montre ce que les ordonnances sont. Le programme Pharmanet est très important, mais cela ne règlera pas la question. Nous avons des statistiques, nous avons un système d'information sur le terrain et nous avons un manque de surveillance médicale pour aider les gens à passer à travers le sevrage, et une méconnaissance dans la population en général. Pour votre propre information, monsieur, sans financement mes efforts ne se poursuivront pas. Il y aura plus de morts.

J'ai investi beaucoup de mon propre argent pour diffuser ce message, mais sans financement je ne peux continuer. Il y a un recours collectif envisagé ici au Canada pour pousser le système au changement. Lillian Bain, qui travaille maintenant avec Roy Romanow et sa commission a dit: «Joan, la seule manière dont vous arriverez à faire un changement est à travers les médias et le recours collectif.» Nous avons une situation ici qui est même semblable au scandale du sang de la Croix-Rouge. Les problèmes sont connus par le gouvernement, les médecins et les sociétés pharmaceutiques.

J'ai pris une approche très constructive pour obtenir que tous les intervenants travaillent avec moi. J'ai donné à Jean Chrétien un exemplaire du livre et je lui ai parlé de mes frustrations de traiter avec Allan Rock et l'ancien ministre de la Santé, David Dingwall. J'ai fait une présentation au comité permanent sur la santé à Ottawa en avril 1997 il y a plus de quatre ans. Dans les derniers mois, j'ai personnellement été informé de 17 décès. L'autre soir j'ai eu un appel d'un homme de 50 ans en sevrage en larmes. C'est une tragédie.

C'est pourquoi je crois très fortement à l'occasion de faire une présentation à votre comité et j'espère qu'il en résultera une quelconque action.

Senator Carney: I do not know what the other provinces have, but I do know that in British Columbia we do have a system where if you go to order a drug or get your prescription refilled, the pharmacist has a list of all the medications you are on from all sources.

The Chairman: It exists in some other provinces, but not even in a majority of provinces.

Senator Carney: If we are talking about monitoring the health care system, I think that is a very useful contribution. It is a good start. If there is a databank that shows all of the things you are on, maybe that is a first step in making people more aware.

Ms Gadsby: Yes, but what does happen, Senator Carney, is that the provincial government, as a result of Pharmanet, has cut people off these drugs in 30 days. You cannot do that. The withdrawal process takes several months. People need to be tapered off these drugs.

The College of Physicians and Surgeons here in B.C. have been very slow at addressing this issue and they, like the Royal College of Physicians and Surgeons across the country, are responsible for the public health system.

I want to show you something else. You probably had presentation from Terry Young on his daughter's death in Ontario. Terry Young's daughter died from a different drug. In my material, I referred to your review of the coroner's inquest and the recommendations, which are similar to what you have heard me say today. This issue is not going away with just Pharmanet. It requires leadership.

I am working on a project on Responsible Prescribing and Informed Use with one of the regional health boards. One of the doctors sitting on the advisory committee is trying to scuttle because he is feeling threatened.

The Chairman: Thank you, Ms Gadsby.

The committee recessed.

Upon resuming.

The Chairman: Our first group of witnesses this afternoon are: Dr. Galt Wilson, the program director of the family practice residency program at UBC; Dr. John Cairns, Dean of Medicine, UBC; Dr. Joanna Bates, Associate Dean of Admissions; and Mr. Gerry Fahey, the executive director of the health professions council.

Mr. Gerry Fahey, Executive Director, Health Professions Council: I am accompanied by Ms Dianne Tingey who is a member of the Health Professions Council.

Dr. J. Galt Wilson, Program Director, Family Practice Residency Program, Prince George Site, University of British Columbia: Just to clarify, I am the director of the Northern B.C. site, the Prince George site, of the Family Practice Residency Program. I believe my invitation was prompted by an anxious

Le sénateur Carney: Je ne sais pas ce que les autres provinces ont, mais je sais qu'en Colombie-Britannique nous avons un système où si vous passez à d'autres médicaments ou vous faites remplir votre ordonnance, le pharmacien a une liste de tous les médicaments que vous prenez de toutes les sources.

Le président: Il existe dans certaines autres provinces, mais pas dans une majorité de provinces.

Le sénateur Carney: Si nous parlons de surveiller le système de soins de santé, je crois que c'est une contribution utile. C'est un bon début. S'il y a une base de données qui montre tous les médicaments que vous prenez, peut-être est-ce le premier pas pour rendre les gens plus conscients.

Mme Gadsby: Oui, mais ce qui arrive, sénateur Carney, c'est que le gouvernement provincial, à cause de Pharmanet, a coupé en 30 jours ces médicaments aux gens. Vous ne pouvez pas faire ça. Le processus de sevrage prend plusieurs mois. Les gens ont besoin d'être graduellement sevrés de ces médicaments.

Le Collège des médecins et des chirurgiens de la Colombie-Britannique a même étudié avec beaucoup de lenteur cette question et eux, comme le Collège royal des médecins et chirurgiens en travers le pays, sont responsables du système de soins de santé public.

Je veux vous montrer quelque chose d'autre. Vraisemblablement vous avez eu une présentation de Terry Young sur le décès de sa fille en Ontario. La fille de Terry Young est morte d'un médicament différent. Dans mon matériel, je vous réfère à votre revue de l'enquête du coroner et des recommandations, qui sont semblables à ce que vous m'avez entendu dire aujourd'hui. Cette question ne disparaît pas avec seulement Pharmanet. Elle exige du leadership.

Je travaille sur un projet sur l'ordonnance responsable et l'usage informé au sein du conseil régional de soins de santé. Un médecin siégeant sur le comité consultatif tente de le dénoncer parce qu'il se sent menacé.

Le président: Merci, madame Gadsby.

La séance est suspendue.

À la reprise.

Le président: Notre premier groupe de témoins cet après-midi est le Dr Galt Wilson, le directeur du programme d'internat en médecine familiale de UBC; le Dr John Cairns, Doyen de la faculté de médecine de UBC; la Dre Joanna Bates, assistante doyenne aux admissions; et M. Gerry Fahey, le directeur administratif du conseil professionnel de la santé.

M. Gerry Fahey, directeur administratif, Conseil professionnel de la santé: Je suis accompagné de Mme Dianne Tingey qui est membre du Conseil professionnel de la santé.

Dr J. Galt Wilson, directeur de programme, Programme d'internat en médecine familiale, campus de Prince George, Université de la Colombie-Britannique: Juste pour clarifier, je suis le directeur du campus de la Colombie-Britannique du Nord, du campus de Prince George, du Programme d'internat en

essay I sent the committee predicting the extinction of family practice in this country.

Officially, I will be speaking on behalf of family practitioners in the field, and particularly those in the northern and rural communities. I have been sent to give you, what I would call, a "scouting" report. Over the years, in difficult to recruit areas, we have regarded ourselves as scouts for the health care system. Whenever a shortage of professionals or a collapse of the service is just over the horizon, our locations are the last places to fill up and first to lose staff. We tend to hear about these things first.

I want to thank and compliment you on behalf of general practitioners of Northern B.C. for the excellent work you have done. In fact, we are inclined to try to have you made honorary family physicians for the way in which you have used the available resources to get on with the job.

Senator Carney: We need your resources.

Dr. Wilson: In the medical field, we do the best job we can to address the problem at hand by using what is available. Without wanting to be too hysterical about this, our real anxiety is that we see primary medical care across the country melting down at a rapid rate. You refer in your reports to primary care reform as being, perhaps, the most important issue facing the system, although it is, admittedly a provincial responsibility.

On behalf of the practitioners in the field, I would predict a phase of primary care recovery rather than reform. I want, briefly, to share several quotes that have been distributed to you from the field, so you do not have to take my word for it. These quotes are a reflection of where we are with primary care at the moment.

The first is from a fellow who has worked in Northern B.C. for 25 years. Over coffee he remarked that Americans are reluctant to quit a job for fear of losing their health insurance. Some of you might have seen the movie, Jerry McGuire, where the question was put: "Do I still get my health insurance?" We have reached a point where a Canadian with a chronic illness moving to any community in this country may find that he or she cannot find a family doctor, period. In some communities there is no care at all.

We are moving from a discussion of reforming the system to one of trying to provide even basic service to people. The tragedy of all this is that never before has there been so much we could do to improve the quality and future lives of people with chronic illnesses, whether that is diabetes, ischemic heart disease, chronic lung disease, cancer, mental health disorders or substance use disorders. These people are finding themselves unable to access any care at all.

médecine familiale. Je crois que mon invitation est due à un écrit inquiet que j'ai expédié au comité prédisant l'extinction de la pratique de la médecine familiale dans ce pays.

Officiellement, je parlerai au nom des praticiens en médecine familiale dans la région, et notamment ceux dans les communautés du nord et rurales. J'ai été envoyé pour vous donner, ce que j'appellerais, un rapport «de reconnaissance». Au cours des années, dans les régions à recrutement difficile, nous sommes considérés comme des éclaireurs pour le système de soins de santé. Quand il y a un manque de professionnels ou un effondrement du service est juste à l'horizon, nos établissements sont les derniers endroits à se remplir et les premiers à perdre du personnel. Nous avons tendance à entendre parler de ces choses en premier.

Je veux vous remercier et vous féliciter au nom des médecins généralistes de la Colombie-Britannique du Nord pour l'excellent travail que vous avez fait. En fait, nous sommes enclins à tenter de vous faire accepter comme médecin de famille honoraire pour la manière dont vous avez employé les ressources disponibles pour faire le travail.

Le sénateur Carney: Nous avons besoin de vos ressources.

Dr Wilson: Dans le domaine médical, nous faisons le meilleur travail que nous pouvons pour répondre au problème de l'heure à l'aide de ce qui est disponible. Sans vouloir être hystérique à ce sujet, notre anxiété réelle est que nous voyons les soins de santé primaires à travers le pays fondre à grande vitesse. Vous réferez dans vos rapports à la réforme des soins de santé primaires comme étant, peut-être, la question la plus importante à laquelle doit faire face le système, bien que ce soit, de l'aveu général une responsabilité provinciale.

Au nom des praticiens sur le terrain, je prédirais une phase de reprise des soins primaires plutôt qu'une réforme. Je veux, brièvement, partager plusieurs citations provenant du terrain qui vous ont été distribuées, de sorte que vous n'ayez pas à vous contenter de ma parole. Ces citations sont une réflexion d'où nous en sommes avec les soins primaires actuellement.

Le premier est d'un homme qui a travaillé en Colombie-Britannique du nord durant 25 ans. Autour d'un café, il a fait remarquer que les Américains sont hésitants à laisser leur emploi de peur de perdre leur assurance-maladie. Certains d'entre vous ont peut-être vu le film, Jerry McGuire, où la question a été posée: «Ai-je toujours droit à mon assurance-maladie?» Nous avons atteint un point où un Canadien avec une maladie chronique qui déménage dans toute communauté de ce pays peut découvrir qu'il ou elle ne peut trouver un médecin de famille, un point c'est tout. Dans certaines communautés il n'y a aucun soins de santé.

Nous passons d'une discussion d'améliorer le système à une approche de tenter de fournir un service fondamental aux gens. La tragédie de tout cela est que jamais auparavant, il n'y a eu autant de choses que nous pouvons faire pour améliorer la qualité de la vie et la vie future des gens atteints de maladies chroniques, que ce soit le diabète, une maladie de coeur ischémique, une maladie chronique de poumon, le cancer, les troubles mentaux ou troubles d'usage de stupéfiants. Ces gens se trouvent incapables d'accéder à quelque soin de santé que ce soit.

A surgical colleague from Southern B.C. told me that he now does all his cancer follow-ups because he no longer trusts GPs to do them. He thinks that the commitment is not there and that their practices are too unstable. I am a GP. Our specialist colleagues are finding that, at the foundation level, they cannot rely on the primary care sector to do the work. Another surgical colleague in my own town told me that increasingly patients referred by GPs have had no work-ups done at all and that sometimes not even a basic assessment has been done. The patients are sent with symptoms like abdominal pain and breast tenderness.

When people move south, as they could in considerable numbers, they ask me to help them find a family doctor in the city. In the past, I would give them the name of a physician that I knew, and acceptance was automatic. Recently that has not been the case. A fellow in a very nice Vancouver suburb told me that, in six months, they had lost 14 GPs to a variety of other jobs. GPs are taking jobs as locums in walk-in clinics: they are providing palliative care consultation; and so on. They are abandoning the field. When I last spoke to the founder of our UBC department of family medicine at the time of his retirement, he told me that, on the west side of Vancouver, arguably the nicest neighbourhood in the world, he was unable to find a younger doctor to take over his practice.

In a small town in Northern B.C. with 15 family physicians, all of them have converted their practice to a walk-in clinic. Nobody is delivering babies. Nobody is following patients up. One of my residents, who was working in that part of the country, told me that the five doctors in the small town down the road were delivering all the babies for the 15 doctors in the other community.

This was unheard of just two or three years ago. Even in the 1960s and 1970s, when the population of Prince George doubled and doubled again — it went from a population of 20,000 to 80,000 in a decade — we would always squeeze people in. If a doctor left or retired, you could always find somebody to take responsibility for those patients. The normal way of moving on from practice at the moment is to make an effort to find somebody, to fail, to give the patients notice, and at the end of three months, or whatever the licensing body requires, you close the doors and you turn those people loose. It is then up to them to find care.

Even at the most idealistic level in our discipline, the College of Family Physicians of Canada, an Atlantic Canadian member of the board told me that they meet, they make idealistic plans and talk about the values we hold and then, over coffee, they talk about how they are going to get out. It is very difficult.

Just to illustrate or drive the point home, we lost a colleague and we scoured all of Canada to try to replace him. We placed this ad: "The best GP job in Canada. Busy fully-equipped practice. Congenial group. Rent-free building. Established training program. Relocation expenses. Signing-on bonus. Generous northern

Un collègue chirurgien de la Colombie-Britannique du Sud m'a dit que maintenant il fait tous ses suivis de cancer parce qu'il ne peut se fier aux généralistes pour qu'ils le fassent. Il croit que l'engagement n'est pas là et que leurs pratiques sont trop instables. Je suis un généraliste. Nos collègues spécialistes découvrent qu'au niveau de base ils ne peuvent se fier au secteur de soins de santé primaires pour faire le travail. Un autre collègue chirurgien dans ma propre ville m'a dit que de plus en plus, les patients référés par les généralistes n'ont fait l'objet d'aucun travail, et parfois même pas une évaluation de base. Les patients sont référés avec des symptômes comme une douleur abdominale et une sensibilité au sein.

Quand les gens vont dans le sud, comme ils pourraient le faire en bon nombre, ils me demandent de les aider à trouver un médecin de famille dans la ville. Dans le passé, je leur donnais le nom d'un médecin que j'ai connu, et l'acceptation était automatique. Récemment ce n'est plus le cas. Un homme dans une banlieue très agréable de Vancouver m'a dit qu'en six mois, ils ont perdu 14 généralistes qui ont décidé de changer d'emploi. Les généralistes acceptent des emplois comme remplaçants dans des cliniques sans rendez-vous: ils fournissent de la consultation en soins palliatifs; et ainsi de suite. Ils abandonnent le travail de terrain. Quand j'ai parlé la dernière fois au fondateur de notre département de médecine familiale à UBC lors de sa retraite, il m'a dit que sur la côte ouest de Vancouver, indubitablement le plus beau quartier du monde, il a été incapable de trouver un jeune médecin pour prendre sa pratique.

Dans une petite ville de la Colombie-Britannique du Nord avec 15 médecins de famille, tous ont converti leur pratique en clinique sans rendez-vous. Personne n'accouche les femmes. Personne ne suit les patients. Un de mes résidents, qui travaillait dans cette région du pays, m'a dit que les cinq médecins dans la petite ville le long de la route accouchent toutes les femmes pour les 15 médecins dans l'autre communauté.

On n'entendait rien de tel il y a juste deux ou trois ans. Même dans les années 60 et 70, quand la population de Prince George a doublé et a redoublé — elle est passée de 20 000 à 80 000 dans une décennie, nous arrivions toujours à accommoder les gens. Si un médecin quittait ou se retirait, vous pouviez toujours trouver quelqu'un pour prendre en charge ses patients. La manière normale de quitter une pratique actuellement est de faire un effort pour trouver quelqu'un, de ne pas réussir, d'aviser les patients, et au bout de trois mois ou de tout autre délai demandé par l'autorité de réglementation, vous fermez les portes et vous laissez ces gens livrés à eux-mêmes. C'est alors à eux de trouver des soins.

Même au niveau le plus idéaliste de notre discipline, le Collège des médecins de famille du Canada, un membre canadien de l'atlantique inscrit au tableau m'a dit qu'ils se rencontrent, font des plans idéalistes et parlent des valeurs que nous préconisons, autour d'un café, ils parlent de comment ils vont quitter. C'est très difficile.

Juste pour illustrer ou bien faire comprendre le point, nous avons perdu un collègue et nous avons ratissé tout le Canada pour essayer de le remplacer. Nous avons placé cette annonce: «Le meilleur poste de médecin généraliste au Canada. Groupe sympathique. Loyer fourni. Programme de formation établie.

fee premium and educational allowance.” I monitored the various e-mail lists of family physicians, the Society of Rural Physicians of Canada, and almost every day I would see: “I am through with my town. They are treating me so shabbily.” I would put forward our pitch. We had not one Canadian applicant in six months. We are recruiting a fellow from Aberdeen, Scotland.

Finally, our BCMA president was quoted as saying a week or two ago that there are an estimated 100,000 British Columbians who are “orphan patients.” That is a new term with which I am sure you have become familiar. There are patients who have no access to family physician services. My experience indicates that the number is climbing exponentially as family physicians abandon the field.

The message I want to leave with you is that the problem here is more complex than simply a shortage of doctors. There has been a demographic change within the profession, just as there has been within the population. When I was a brand new doctor, the practitioners were fiercely independent men — it was a number of years before we had one female colleague in Northern B.C. — who were able to dedicate their entire lives to only doctoring. They worked 70 or 80 hours a week because they had a very competent life partner who did everything except the doctoring on their behalf. They were workaholics. Most of them were up to their eyeballs in debt from overspending and not paying their taxes on time. It was indentured servitude and it was very productive, though arguably not very healthy. Nowadays our group is comprised of older men and younger women. Many of the older males got their comeuppance in the 1981-1982 recession and decided to pay their bills and pay their taxes and not be in financial difficulty. In my early days, my colleagues wanted to do my on-call because they needed the money. They were going down with MURBs and things like that. We pay significant premiums for people to do extra work because the physicians are not prepared to do it. They already have a full-time job and there are enough financial and personal pressures. Workaholism has gone out of fashion.

Similarly, the men are in a pre-retirement mode and the women have young families. We hear reassuring comments from health economists and others who count heads and tell us that there are just as many people as there have always been. That may be true, but it is not a work force that has the same capacity.

Coinciding with that has been an explosion of options for family doctors to make a living. Some are working as hospitalists, doing locums, working at walk-in clinics, and some are performing all kinds of consultative roles. Some are collecting sessional payments for geriatric and palliative care. There is a whole bunch of ways to earn a living in family practice besides

Déménagement payé. Bonus de signature. Prime généreuse d'éloignement et allocation d'éducation.» J'ai surveillé les listes diverses de courrier électronique de médecins de famille, la Société des médecins ruraux du Canada, et presque tous les jours je pouvais voir: «J'en ai assez de ma ville. Ils me traitent si mal.» Je mettais de l'avant notre présentation. Nous n'avons eu aucun candidat canadien en six mois. Nous recrutons un monsieur d'Aberdeen, en Écosse.

Finalement, notre président de BCMA aurait dit, il y a une semaine ou deux qu'environ 100 000 Colombiens-Britanniques sont des «patients orphelins.» C'est un nouveau terme avec lequel je suis certain que vous êtes devenus familiers. Il s'agit de patients qui n'ont pas accès aux services d'un médecin de famille. Mon expérience indique que le nombre augmente de façon exponentielle au fur et à mesure que les médecins de famille abandonnent la région.

Le message que je veux vous laisser est que le problème ici est plus complexe qu'une simple pénurie de médecins. Il y a eu un changement démographique au sein de la profession, juste comme il y en a eu au sein de la population. Quand j'étais un tout nouveau médecin, les praticiens étaient des hommes farouchement indépendants, cela a pris un certain nombre d'années avant que nous ayons une femme médecin en Colombie-Britannique du Nord — qui étaient capables de consacrer toute leur vie uniquement à soigner. Ils travaillaient 70 ou 80 heures par semaine parce qu'ils avaient des partenaires de vie compétents qui faisaient tout, sauf soigner à leur place. Ils étaient des bourreaux de travail. La plupart étaient endettés jusqu'au cou de trop dépenser et de ne pas verser leurs impôts à temps. C'était d'un esclavage et c'était très, très productif, bien que certainement pas très sain. Aujourd'hui notre groupe comprend des hommes plus vieux et de plus jeunes femmes. Plusieurs des plus vieux ont eu la peur de leur vie durant la récession de 1981-1982 et ont décidé de payer leurs factures et de verser leurs impôts, et de ne pas être en difficulté financière. Dans mes premiers jours, mes collègues ont voulu faire mes patients sur appel parce qu'ils avaient besoin d'argent. Ils s'investissaient dans des MURB et des choses du genre. Nous payons des primes importantes pour que des gens fassent des heures supplémentaires que les médecins ne sont pas disposés à faire. Ils ont déjà un travail à plein temps et il y a assez de pressions financières et personnelles. Les bourreaux de travail ne sont plus à la mode.

De même, les hommes sont en mode préretraite et les femmes ont de jeunes familles. Nous entendons des commentaires rassurants d'économistes de la santé et d'autres qui comptent les têtes et nous disent qu'il y a juste autant de gens qu'il y en a toujours eu. C'est peut-être vrai, mais ce n'est pas une main-d'oeuvre qui a la même capacité.

Ajoutant à cela que les options se multiplient pour les médecins de famille. Certains travaillent comme employés hospitaliers, font des remplacements, travaillent dans des cliniques sans rendez-vous, et certains exercent toutes sortes de rôles consultatifs. Certains recueillent les paiements pour les soins gériatriques et palliatifs. Il y a une foule de manières de gagner sa vie en

providing direct care to a list of patients. The doctors are streaming out to do those things.

In a number of places in your report you point out some commonly quoted shortcomings of pure fee-for-service for primary care such as: the quality of care may not be promoted; and there is not the opportunity to get other people involved in the provision of primary care. These things are true. Currently, the acute shortcoming, as I experience it, of pure fee-for-service, is that it covers only visits and not case management. There is little incentive in the current system to take on additional patients. That applies particularly to pre-retirement physicians or the physicians who must deal with the demands of young families. New patients are a challenge and a burden, and there is no incentive or even any need to take on new patients.

Practices have been closed, and practices are closing, and a growing number of Canadians cannot access even basic care.

The Chairman: Thank you.

Dr. John A. Cairns, Dean of Medicine, University of British Columbia: Mr. Chairman, I will be speaking from, primarily, the perspective of Canadian medical schools, and particularly the perspective of the Association of Colleges of Medicine of Canada of which I am president. Dr. Bates will focus on a particular area of concern in the health care system which you have identified, and that is Aboriginal health. We at the University of British Columbia, have been taking some progressive steps in the issues surrounding Aboriginal health. We will be making two quite different kinds of presentations to you.

Most of you will know that Canada's 16 medical schools are the centre of the education of physicians and numerous other health professionals for the Canadian health care system. They are also the centre in which a very large number of our medical scientists are educated and carry out their work. The major education establishments are the focus, the centre, of health research in the country. By far the greatest portion of health research in Canada is conducted under the auspices of Canada's 16 medical schools.

As well, they play a very important role in service, particularly in tertiary and quaternary settings. The Academic Health Sciences Centre, the backbone of our referral health care system in Canada, is integrally related to the medical schools. It is the place where the teaching specialists work, where the highest tech facilities are located and on which Canada's health care system is absolutely dependent. Those three areas: Education, research and service are vital as we think about Canada's medical school, and then as we look ahead to your issues of sustainability, potential federal roles in Canada's health care system, and the implied need for change and strengthening.

médecine familiale en plus de fournir des soins de santé directs à une clientèle de patients. Les médecins accourent pour faire ces choses.

À certains endroits de votre rapport, vous remarquer certaines lacunes des services à honoraires dans le cas des soins de santé primaires, par exemple comme: la qualité des soins ne peut pas être promue; et il n'y a pas d'occasion d'impliquer d'autres gens pour la fourniture des soins de santé primaires. Ces choses sont vraies. Actuellement, la pire lacune, comme je le vis, des services à honoraires purs, est que cela ne couvre que les visites et non la gestion de cas. Il y a peu d'incitatif dans le système actuel à prendre des patients supplémentaires. Ceci s'applique notamment aux médecins en préretraite ou aux médecins qui doivent s'occuper des demandes des jeunes familles. Les nouveaux patients sont un défi et un fardeau, et il n'y a aucun incitatif ou même aucune nécessité à prendre de nouveaux patients.

Des pratiques ont été fermées, et des pratiques ferment, et un nombre croissant de Canadiens ne peut accéder aux soins de santé de base.

Le président: Merci.

Dr John A. Cairns, doyen de la faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique: Monsieur le président, je parlerai essentiellement, de la perspective des écoles de médecine canadiennes, et notamment la perspective de l'Association des collèges de médecine du Canada dont je suis le président. La Dre Bates focalisera sur un domaine d'intérêt particulier dans le système de soins de santé que vous avez identifié, et qui est la santé des Autochtones. Nous à l'Université de la Colombie-Britannique, avons pris des étapes successives dans les questions entourant la santé des Autochtones. Nous vous ferons deux présentations fort différentes.

La plupart d'entre vous savent que les 16 écoles de médecine du Canada sont le noyau de la formation des médecins et de nombreux autres professionnels de la santé dans le système canadien de soins de santé. Ils sont aussi les centres dans lesquels un grand nombre de nos scientifiques médicaux sont éduqués et poursuivent leur travail. Les grandes maisons d'enseignement sont le foyer, le centre, de la recherche en santé dans le pays. De loin la part la plus grande de la recherche en santé au Canada est faite sous les auspices des 16 écoles de médecine du Canada.

Elles jouent également un rôle important dans la prestation de services, notamment dans les environnements de soins tertiaires et quaternaires. Les centres universitaires de sciences de la santé, l'épine dorsale de notre système de soins de santé de référence au Canada, sont intégralement reliés aux écoles de médecine. Ce sont les endroits où les enseignants spécialistes travaillent, où les installations de haute technologie se retrouvent et sur lesquels le système de soins de santé du Canada est absolument dépendant. Ces trois secteurs: l'enseignement, la recherche et le service sont essentiels dans une analyse des écoles de médecine du Canada, et ensuite quand nous considérons l'avenir pour vos questions de durabilité, des rôles possibles du fédéral dans le système de soins de santé du Canada, et du besoin implicite de changement et de renforcement.

In your issues identification document you identify at least two of these issues as they relate to education. You have indicated an awareness of the concern about physician supply in Canada. I am not sure that the issue has been fleshed out as it needs to be. It is addressed in chapter 11.

The big problem in Canada is that we have never accepted the position of most other western nations in terms of physician self-sufficiency. We are quite distinct from Western European nations, from the United States, in terms of the fact that we have depended on other countries to educate the physicians that we need here in Canada. This was extreme in the 1960s when well over 50 per cent of the physicians needed by Canadians were found in other countries.

The situation ameliorated. Important federal roles were played in the creation of medical schools. There was the creation of the health resources fund. There were four new medical schools; enrolments increased at other schools across the country; and we had begun to move toward physician self-sufficiency. This was dramatically reversed in the 1990s with the provincial deficits, the federal deficit and debt.

The issue of physician education is one that Canada has stepped away from again. Of an annual need of 2,500 physicians, simply to sustain the current ratio of physicians to population in Canada, we are producing about 1,600 physicians. We must find the remainder in other countries. This is an inherently unstable situation and any self-respecting western nation would not tolerate this approach to its physician supply. I do not think that has been sufficiently addressed in your report to date.

The ratio of physicians to population in the country is actually falling. It reached a peak in about 1993, and it is now dropping. It is difficult to know what is the ideal ratio of physicians to population, but it cannot be right to have the lowest ratio of all western nations except the United Kingdom, and the United Kingdom is currently increasing its ratio of physicians to population. Canada is on a steep decline in this regard. I think that issue needs to be clearly before the committee as it deliberates.

The nature of the need for physicians in Canada involves some high profile concerns. The need for physicians in remote and rural areas applies to every province. Dr. Wilson has referred to that. However, it is critically important not to lose sight of what is happening in the cities, in the major referral centres, where we find extreme problems in a number of specialties in terms of meeting the needs of the population. The overall ratios of physicians to population is a major concern.

We also look to the federal government in this regard. Your issues of sustainability are key, and you have coupled those to the federal role. I would submit that the federal government showed enormous leadership in the 1960s. I would remind you of the Hall commission. There was the delineation of the problem of lack of physician self-sufficiency in the country, and they found ways to invest through capital infrastructure and through the encourage-

Dans votre document, vous cernez au moins deux de ces questions en rapport avec l'enseignement. Vous êtes conscient de l'inquiétude qui entoure l'offre de médecins au Canada. Je ne suis pas certain que la question a été développée comme elle le devrait. Elle est analysée dans le chapitre 11.

Le grand problème au Canada est que nous n'avons jamais accepté la position de la plupart des pays occidentaux en matière d'autonomie relativement à l'offre de médecins. Nous sommes très différents des nations de l'Europe de l'Ouest, des États-Unis, parce que nous dépendons d'autres pays pour former les médecins dont nous avons besoin au Canada. C'était extrême dans les années 60 alors que plus de 50 p. 100 des médecins dont la population canadienne avait besoin venaient d'autres pays.

La situation s'est améliorée. Le fédéral a joué un rôle important dans la création des écoles de médecine. Il y a eu la création du fonds de ressources en soins de santé. Il y a quatre nouvelles écoles de médecine; les admissions ont augmenté dans d'autres écoles à travers le pays; et nous avons commencé à devenir autonomes pour la formation de médecins. La situation a été renversée radicalement dans les années 90 avec les déficits provinciaux, le déficit fédéral et la dette.

La question de l'éducation des médecins est une question que le Canada a de nouveau délaissée. Alors que nous aurions besoin annuellement de 2 500 médecins, simplement pour maintenir le ratio actuel de médecins par rapport à la population au Canada, nous en formons environ 1 600. Nous devons trouver le reste dans d'autres pays. C'est une situation fondamentalement instable et tout pays occidental qui se respecte ne tolérerait pas une telle approche. Je ne crois pas que cette question ait été suffisamment traitée dans votre rapport à ce jour.

La proportion de médecins par rapport à la population dans le pays diminue actuellement. Elle a atteint un sommet en 1993 environ, et baisse maintenant. Il est difficile de savoir ce qui est la proportion idéale de médecins par rapport à la population, mais il ne peut être correct d'avoir la plus basse proportion de tous les pays occidentaux à part le Royaume-Uni, et le Royaume-Uni augmente actuellement sa proportion de médecins par rapport à la population. Le Canada est en forte baisse à ce chapitre. Je crois que ces questions doivent être clairement devant le comité au cours de ces délibérations.

La nature de la demande de médecins au Canada soulève des questions de grande importance. La pénurie de médecins dans les régions éloignées et rurales est touchée toutes les provinces. Le Dr Wilson en a parlé. Toutefois, il est d'une importance capitale de ne pas perdre de vue ce qui arrive dans les villes, dans les grands centres de référence, où nous trouvons les problèmes extrêmes en ce qui concerne les réponses aux besoins de la population. Les proportions globales de médecins par rapport à la population sont une grande préoccupation.

Nous avons également examiné le rôle du gouvernement fédéral à ce chapitre. Vos questions de durabilité sont des questions clés, et vous les avez associées au rôle du gouvernement fédéral. Je dirais que le gouvernement fédéral a démontré un grand leadership dans les années 60. Je vous rappellerais la Commission Hall. On a défini le problème du manque d'autonomie quant à l'offre de médecins au pays, et ils ont trouvé des

ment of the development of medical schools. That has not been seen since the 1960s and mid-1970s. I submit that the federal government needs to show leadership in this area. This is not something that can be left to the provinces. The provinces sustain the educational environments and fund them, but the federal government has to find ways to move into this field again, to show leadership, to coordinate, at the very least, and perhaps to find areas where there is a well-respected tradition of investment through capital infrastructure, through research, perhaps through areas of special interest to the federal government, including the problems of remote and rural Canada and Aboriginal health. I am advocating imagination, innovation and leadership, which must come from the federal government. This is a national problem.

You address the issue of research to some extent in chapter 9 of your report. There has been much discussion of Canada's unenviable state in comparison to other OECD countries. We have had significant federal movement in this regard. We are enormously grateful for the initiatives around CIHR, CFI, the Canada Research Chairs and other endeavours initiated by the federal government, but we are last on the list of western nations. We must remember that, although we have moved forward, we have a long way to go. I think this committee needs to have in front of it the target of an investment of roughly one per cent of health care expenditures, which would be about \$1 billion a year in research. We are running at about \$500 million now, but we are still last in comparison to major western nations.

I fear also as I read the report that the focus of this committee is primarily on Canada's health care system. When it deals with research, it deals primarily with health care research. As we think about our health care system, we must consider where the new knowledge will come from to provide the drugs, the devices, and the new approaches to therapy that we need to fuel this system of health care. There is a requirement for the federal government to support basic research, clinical research, and health services research. All of these are necessary in order to support the health care system, and they have major economic benefits to us as a nation.

A further component I will mention in regard to medical schools and the health care system is the Academic Health Science Centre. The major network of leading referral hospitals in this country are central to any medical school. They are the leading centres for the provision of high technology surgery, new innovations in care. As the backbone of our health care system, with their related education and research facilities, they are in serious difficulty. Again, I believe the federal government needs to take some leadership and initiatives in terms of preservation of this outstanding network of tertiary and quaternary referral centres, which is at the absolute centre of our medical schools and, in fact, of our entire health care system.

manières pour investir au moyen d'immobilisations et en encourageant le développement d'écoles de médecine. Ceci n'est plus le cas depuis les années 60 et le milieu des années 70. Je soumets que le gouvernement fédéral a besoin de démontrer du leadership dans ce secteur. Ceci n'est pas quelque chose qui peut être laissé aux provinces. Les provinces soutiennent les milieux scolaires et les financements, mais le gouvernement fédéral doit trouver les manières de revenir dans ce secteur encore une fois, pour démontrer du leadership, coordonner, tout au moins, et peut-être pour trouver des secteurs où il existe une tradition bien établie d'investissement en infrastructures, par le truchement de la recherche, peut-être par le truchement de secteurs d'intérêt particuliers au gouvernement fédéral, y compris les problèmes du Canada dans les régions éloignées et rurales et de santé des Autochtones. Je préconise l'imagination, l'innovation et le leadership, qui doit venir du gouvernement fédéral. C'est un problème national.

Vous soulevez la question de la recherche jusqu'à un certain point dans le chapitre 9 de votre rapport. Il y a eu beaucoup de discussions au sujet de l'état peu enviable du Canada en comparaison à d'autres pays de l'OCDE. Nous avons eu un mouvement fédéral important à ce chapitre. Nous sommes très reconnaissants pour les initiatives autour de l'IRSC, de la FCI, des Chaires de Recherche Canada et d'autres projets entrepris par le gouvernement fédéral, mais nous sommes les derniers sur la liste de pays occidentaux. Nous devons nous rappeler que bien que nous ayons progressé, nous avons une longue route à faire. Je crois que ce comité doit avoir devant lui l'objectif d'un investissement d'environ 1 p. 100 des dépenses en soins de santé, ce qui serait environ 1 milliard de dollars par an en recherche. Nous fonctionnons avec environ 500 millions de dollars actuellement, mais nous sommes encore derniers comparativement aux grands pays occidentaux.

Je crains en lisant le rapport que le comité s'intéresse essentiellement au système de soins de santé du Canada. Quand il traite de la recherche, il traite essentiellement de la recherche en soins de santé. Lorsque nous pensons à notre système de soins de santé, nous devons envisager d'où viendra le nouveau savoir pour fournir les médicaments, les dispositifs, et les nouvelles approches de thérapie dont nous avons besoin pour alimenter le système de soins de santé. Il y a un besoin pour que le gouvernement fédéral soutienne la recherche fondamentale, la recherche clinique, et la recherche en services de santé. Toutes ces recherches sont nécessaires pour maintenir le système de soins de santé, et elles ont pour nous comme nation de grands avantages économiques.

Un élément additionnel que je mentionnerai en ce qui concerne les écoles de médecine et le système de soins de santé est le Centre universitaire des sciences de la santé (Academic Health Science Centre). Le grand réseau des principaux hôpitaux de référence dans ce pays est essentiel pour toute école de médecine. Ils sont les principaux centres pour la chirurgie de haute technologie, des nouvelles innovations en soins. En tant qu'épine dorsale de notre système de soins de santé, avec leurs installations d'enseignement et de recherche reliées, ils sont en sérieuse difficulté. Encore une fois, je crois que le gouvernement fédéral devrait prendre le leadership et l'initiative en matière de maintien de ce réseau remarquable de centres de soins tertiaires et

I have tried to give you a sense of what the medical schools do, the major issues that emerge, and to relate those to some of the excellent work I have already read in the reports you have put together. However, I would urge that you consider more data and the deal with certain issues in greater depth. I am particularly advocating federal leadership in this regard. We have seen that in the past, and it is timely that it emerge again. The mandate of this Senate committee and the existence of the Romanow Commission indicate an interest. This is a major step towards leadership, the delivery on the recommendations, and the sustained leadership as it becomes operational. That, I think, is absolutely critical.

Dr. Joanna Bates, Associate Dean, Admission, University of British Columbia: Mr. Chairman, I would thank you for the opportunity to address you.

My comments will focus primarily on chapter 13 of your report, Aboriginal health. I was pleased to see you identify that as a particular area of interest to this committee. If you read the papers and listen to CBC you will know that we attracted a bit of media attention at UBC for our developing policy around admissions for Aboriginal students to the Faculty of Medicine. Chapter 13 deals with, first of all, the need for access for culturally appropriate services to Aboriginal people and, secondly, the call for an increased number of health care providers from the Aboriginal population.

Over the last four years we have been attempting to address this issue within the Faculty of Medicine and in other faculties across Canada. We have been addressing the call, which was made by previous Royal Commissions, for increased numbers of Aboriginal health care providers. The work that we are doing is focused, to some extent, on the concept that, in order to be a just society in Canada, we must have Aboriginal people at all levels of society, including health care professionals. In order for Aboriginal people to receive appropriate health care service delivery, they must be part of the health care service delivery system themselves as health care providers.

Having said that, we have identified a number of significant barriers to the acceptance and the involvement of Aboriginal people and students entering into faculties, not just medicine but other health careers as well. Specifically, issues around early education are major issues in having Aboriginal people achieve the level of education required to enter professional faculties. The issue of dropout rates and lack of completion at the high school level prevents many Aboriginal students from even getting to the point where they could consider a health professional career.

quaternaires, qui sont au cœur de nos écoles de médecine et, de ce fait, de tout notre système de soins de santé.

J'ai essayé de vous donner une idée de ce que les écoles de médecine font, des nouveaux enjeux, et de les relier à certains travaux excellents que j'ai lus déjà dans les rapports que vous avez colligés. Toutefois, je vous inciterais à envisager plus de données et de traiter de certaines questions plus en profondeur. Je préconise notamment le leadership du fédéral à ce chapitre. Nous l'avons vu dans le passé, et il est opportun qu'il se manifeste encore une fois. Le mandat de ce comité du sénat et de l'existence de la Commission Romanow indique un intérêt. C'est un grand pas vers le leadership, la mise en œuvre des recommandations, et le maintien du leadership au fur et à mesure que celles-ci deviennent opérationnelles. Je crois que cela est absolument critique.

Dre Joanna Bates, doyenne adjointe, Admission, Université de la Colombie-Britannique: Monsieur le président, je voudrais vous remercier de me donner l'occasion de témoigner devant vous.

Mes commentaires seront concentrés essentiellement sur le chapitre 13 de votre rapport, la santé des Autochtones. Je suis heureuse que vous l'ayez identifiée comme un secteur d'intérêt particulier de ce comité. Si vous avez lu les documents et écouté la SRC vous savez que nous avons attiré un peu l'attention des médias à UBC sur notre politique en développement au sujet de l'admission d'étudiants autochtones à la Faculté de médecine. Le chapitre 13 traite, tout d'abord, du besoin d'accès à des services culturellement appropriés aux Autochtones et, deuxièmement, réclame un nombre accru de fournisseurs de soins de santé provenant de la population autochtone.

Au cours des quatre dernières années, nous avons tenté de répondre à cette question au sein de la Faculté de médecine et dans d'autres facultés à travers le Canada. Nous avons répondu à l'appel, qui a été fait par des Commissions royales antérieures, pour augmenter le nombre de fournisseurs autochtones de soins de santé. Le travail que nous faisons se concentre, jusqu'à un certain point, sur le principe à l'effet que pour avoir une société juste au Canada, nous devons avoir des Autochtones à tous les niveaux de la société, y compris des professionnels de soins de santé. Pour que les Autochtones reçoivent une fourniture appropriée de services de soins de santé, ils doivent eux même faire partie du système de fourniture des services de soins de santé à titre de dispensateurs de soins de santé.

Cela dit, nous devons identifier un certain nombre de barrières importantes à l'acceptation et à la participation des Autochtones et des étudiants admis dans les facultés, non seulement en médecine mais aussi dans d'autres carrières en santé. Précisément, les questions au sujet de l'enseignement antérieur sont des questions majeures à l'atteinte par les Autochtones du niveau d'éducation requis pour être admis dans les facultés professionnelles. La question du taux d'abandon des études et d'abandon avant la fin des études secondaires, empêche maints élèves autochtones de même atteindre le niveau où ils pourraient envisager une carrière professionnelle en soins de santé.

The call for increased seats for Aboriginal people and their increased involvement came at a time, for the faculties of medicine and other health programs, when our overall funding and the number of seats were decreasing. It was a difficult time to put these kinds of opportunities into place. However we are now at a point where that is starting to reverse. I think there is a real opportunity for the federal government to make use of that opportunity by providing some initiatives and by providing some funding towards national programs to increase Aboriginal enrolment.

Finally, we see a need for real cultural accommodation within our organizations. Calls for increasing enrolment and involvement will not be effective unless there is cultural accommodation at the point of admission and within the educational processes as well. We are working extremely hard on this part. I will stop there.

The Chairman: What does "cultural accommodation" mean in ordinary parlance?

Dr. Bates: In working with our Aboriginal students who are interested in careers in medicine, our admission processes focus on the kinds of activities and structures that students coming from non-Aboriginal backgrounds would be involved in, and those do not accommodate the communication processes that occur with Aboriginal students who are raised on reserves. For example, we look for rapport development with eye contact, and that is not culturally appropriate.

The Chairman: It is not a code word for affirmative action.

Dr. Bates: No, no.

The Chairman: You are saying that you will use unique admission tests for certain people that are more reflective of their background.

Dr. Bates: Yes.

Senator Carney: Do you mean lower admission standards?

Dr. Bates: No, we do not mean lower admission standards at all. We are often asked that question. We have similar admission standards for all applicants, but we feel that we have not been identifying appropriately excellence and performance in certain groups, including Aboriginal students.

Ms Dianne M. Tingey, Member, Health Professions Council: The Health Professions Council is a six-person advisory body appointed by the government of the province under the Health Professions Act to provide advice and recommendations to the Minister of Health Planning, regarding the regulation of health professions. When we speak about the regulation of health professions in the context of the Health Professions Act, we mean self-regulation of the health profession so that the practitioners form a college, or are already a college, and regulate the admission to practice and the issues of competency, discipline and so on of the practitioners.

La demande d'augmentation du nombre de places pour les Autochtones et de participation accrue a été faite à un moment où le financement global et le nombre de places dans les facultés de médecine et d'autres programmes de santé diminuaient. C'était un temps difficile pour répondre à une telle demande. Toutefois nous sommes maintenant à un point où cette tendance commence à se renverser. Je crois qu'il existe une occasion réelle pour le gouvernement fédéral de tirer avantage de cette occasion en prenant quelques initiatives et en fournissant un certain financement pour des programmes nationaux afin d'augmenter l'admission des Autochtones.

Finalement, nous voyons la nécessité de mettre en place des mécanismes d'adaptation culturelle au sein de nos organisations. Les appels pour un accroissement des admissions et de la participation ne seront pas efficaces sans des aménagements culturels lors de l'admission et par la suite. Nous travaillons extrêmement fort sur cet aspect. Je m'arrêterai ici.

Le président: Que signifie en termes simples «adaptation culturelle»?

Dre Bates: En travaillant avec nos élèves autochtones qui sont intéressés dans des carrières en médecine, notre processus d'admission se concentre sur les types d'activités et de structures dans lesquels les élèves venant de milieux non autochtones sont impliqués, et celles-ci ne permettent pas le processus de communication qui se produit avec les élèves autochtones élevés dans des réserves. Par exemple, nous visons l'établissement de rapports axés sur le contact visuel, et ce qui ne correspond pas à la culture autochtone.

Le président: Ce n'est pas un nom de code pour désigner l'action positive.

Dre Bates: Non, non.

Le président: Vous dites que vous emploieriez pour certaines personnes des examens uniques d'admission qui reflètent mieux leurs antécédents.

Dre Bates: Oui.

Le sénateur Carney: Voulez-vous dire des normes inférieures d'admission?

Dre Bates: Non, nous ne voulons absolument pas dire des normes inférieures d'admission. On nous pose souvent cette question. Nous avons des normes d'admission similaires pour tous les candidats, mais nous estimons que nous n'avons pas identifié correctement l'excellence et la performance dans certains groupes, y compris les élèves autochtones.

Mme Dianne M. Tingey, membre, Conseil des professions de la santé: Le Conseil des professions de la santé est un corps consultatif de six personnes nommées par le gouvernement de la province en vertu de la Loi des professions de la santé (Health Professions Act) pour formuler des conseils et des recommandations au ministre de la planification en santé, concernant la réglementation de professions de la santé. Quand nous parlons de réglementation des professions de la santé dans le contexte de la Loi des professions de la santé (Health Professions Act), nous référons à l'autoréglementation des professions de la santé de sorte que les praticiens constituent un collège ou sont déjà

The current mandate of the Health Professions Council is three tasks, two of which are essentially completed. The first, which is an ongoing task, is to consider and report to the minister on applications from professions which are not currently regulated within the province and who seek regulation under the act. I am involved in this area of the work of the Health Professions Council with two other members.

The other two tasks are the ones that I understand you want to hear more about today. One is the review of the scopes of practice of the 15 currently regulated health professions in the province. Those professions include physicians and surgeons, registered nurses, chiropractors and so on. The third of the three tasks is to review the legislation under which 10 of those 15 regulated health professions is governed. Each of those 10 professions has its own act, such as the Medical Practitioners' Act and so on.

Members of the Health Professions Council are appointed by Order in Council. None of the members of the council is a health professional. Our work is supported by three researchers. Our research director Gerry Fahey. He was very much involved in the scope-of-practice and legislative review, and he will now address you on those.

Mr. Fahey: This scope-of-practice and legislative review culminated in a 1,400-page report which was issued earlier this year. I know time is short, so I will try to summarize that lengthy report for the committee.

I should also say that, obviously, this is a provincial matter. Our project, which basically recommends the creation of a new model for regulating the scope of practices, follows on similar initiatives already in place in Ontario and in Alberta. The relevance today is that perhaps these types of new models for regulating scopes of practice, with their focus on preventing harm, will allow more flexibility in the use of health care professionals and in that sense may, perhaps, be part of the solutions that this committee is looking for.

I will touch very briefly on the history. Approximately 15 years ago, a commission was conducted in British Columbia in the area of health professions, regulation, and scope of practice. They noted that this was an area prone to jurisdictional disputes, for want of a better term, turf battles. Who can do what; who is qualified to do what; and who should not do something, is our bailiwick. The main reason identified by the commission was the system then in place for regulating scopes of practice. It was known as the "exclusive scopes-of-practice system." In that system, each profession is granted a descriptive statement of its practice, which is, generally, very broad, and within that statement they have the exclusive right to perform. For example, the practice of medicine is defined, as you can imagine, very broadly. Under that system, generally new professions coming along would, in effect, be granted exceptions or exemptions to the scope of practice of medicine. There would be a working out at a hospital

constitués en collège, et réglementent l'admission à l'exercice de la profession et les questions de compétence, la discipline et autres, des praticiens.

Le mandat courant du Conseil des professions de la santé comprend trois tâches, deux sont essentiellement terminées. La première, qui est une tâche continue, est d'étudier et de signaler au ministre les demandes de professions qui ne sont pas actuellement réglementées dans la province et qui cherchent à être réglementées en vertu de la loi. Je suis impliquée dans ce secteur du Conseil des professions de la santé avec deux autres membres.

Si je comprends bien, vous voulez en savoir davantage sur les deux autres tâches aujourd'hui. L'une est la revue des champs d'exercice des 15 professions de la santé actuellement réglementées dans la province. Ces professions comprennent les médecins et chirurgiens, les infirmières accréditées, les chiropracteurs et autres. La dernière des trois tâches est la révision de la législation en vertu de laquelle 10 de ces 15 professions de la santé réglementées sont gouvernées. Chacune de ces 10 professions a sa propre loi, comme la Loi des médecins en exercice (Medical Practitioners Act) et ainsi de suite.

Les membres du Conseil des professions de la santé sont nommés par décret. Aucun des membres du conseil n'est un professionnel en santé. Notre travail est soutenu par trois chercheurs. Notre directeur de la recherche est Gerry Fahey. Il a été fort impliqué dans le champ d'exercice et la révision des législations, et il s'adressera maintenant à vous à leur sujet.

M. Fahey: Ce champ d'exercice et cette révision législative ont abouti à un rapport de 1 400 pages qui a fait l'objet de questions plus tôt cette année. Je sais que nous avons peu de temps, alors j'essaierai de résumer ce long rapport pour le comité.

Je devrais dire également, évidemment, qu'il s'agit d'une question de compétence provinciale. Notre projet, qui recommande foncièrement la création d'un nouveau modèle pour réglementer l'exercice des professions, s'inspire d'initiatives semblables en Ontario et en Alberta. Ce qui compte aujourd'hui est que peut-être que ces types de nouveaux modèles de réglementation des professions, qui visent principalement à éviter les préjudices, permettront plus de souplesse dans l'emploi de professionnels des soins de santé et, de ce fait, pourront peut-être, faire partie des solutions que recherche ce comité.

Je ferai maintenant un bref historique. Il y a approximativement 15 ans, une commission a été tenue en Colombie-Britannique dans le secteur des professions de la santé, la réglementation, et l'exercice des professions. Elle a constaté que c'était un secteur enclin aux contestations de juridiction, faute d'un meilleur terme, de batailles territoriales. Qui peut faire quoi; qui est qualifié pour quoi; et qui ne devrait pas faire quelque chose, relève de notre rayon d'action. Selon la commission, la principale cause du problème était le système alors en place pour réglementer l'exercice des professions. Ce système était connu sous le vocable «système de champs d'activité exclusif». Dans ce système, on accorde à chaque profession un énoncé décrivant son champ d'exercice, qui est, généralement, très large, et dans les limites de cet énoncé, ils ont le droit exclusif d'exercer. Par exemple, l'exercice de la médecine est défini, comme vous pouvez l'imaginer, très largement. En vertu de ce système, généralement

level, at a college level, I should say regulatory body level, of how the tasks would break down. That is why, of course, disputes arose. That was the view of the commission. The recommendation was that we move to a new system. Ontario has got a good one, which is called the reserved-axe or controlled-axe model. The theme of this system is to increase choice amongst health care professionals within safe parameters. In more basic terms, if people are trained and educated to perform certain tasks, they should be allowed to perform them.

This meant that there was no longer exclusive scope for everything, but it did apply to certain dangerous tasks. Ontario and British Columbia developed a certain list of dangerous services.

Then we went through each profession, all 15, and determined what their scope of practice would be and what their reserved axe would be. The basic theme was to increase choice within safe parameters.

The focus was also on the fact that the old system had prevented substitution amongst professionals for tasks and services, and it impinged upon flexibility. Part of the reason for this new system was to promote interdisciplinary practice. I will not go through our process in detail, obviously, but I would refer you to our recommendations on nursing. From having reviewed some of your material, I know you will find this of interest. We believe the reserved-axe model will assist in promoting specialized practice for nursing and primary roles for nursing. Many experiments have been conducted across Canada, including several in B.C. with regard to primary care nursing. We felt that there had been enough experiments and that we should get moving on this. We recommended that the RNABC, which is the regulatory body for nursing in B.C., should get started on that. We believe our system, the system implemented by the government, will promote that. Details of this can be found in our report. You may want to contact our Web site which is www.hbc.bc.ca. I have provided some copies of our executive summaries.

At the same time we were doing the scope-of-practice review, we were asked to review the legislation. This involved reviewing eight to 10 different statutes, all with different structures. One of our main themes was to review for barriers to entering a disciplinary practice. This initiative was very important because, buried amidst all this subordinate legislation, regulatory instruments and bylaws, there are, even for one profession, many rules that create barriers for other professions. For example, there are provisions in several statutes that prevent a member of a profession from practicing with another. There are provisions preventing prescription release. There are provisions about who controls laboratory facilities. We identified these as not only barriers to access to the public, but also barriers to solutions coming from government in terms of how they want to use health

les nouvelles professions, en conséquence, se verront octroyer des exceptions ou des exemptions au champ d'exercice de la médecine. On développe une approche pratique au niveau des hôpitaux, du collège, de l'organisme réglementaire, sur la manière de diviser les tâches. C'est évidemment la raison pour laquelle des contestations survenaient. C'était le point de vue de la commission. La recommandation était que nous passions à un nouveau système. L'Ontario en avait un bon, qui s'appelle axes réservés ou modèle d'axes contrôlés. Le fondement de ce système est d'augmenter le choix parmi les professionnels de soins de santé à l'intérieur de paramètres sécuritaires. Autrement dit, si les gens sont formés et éduqués pour exécuter certaines tâches, on devrait leur permettre de les exécuter.

Ceci signifiait qu'il n'y avait plus de champ exclusif pour chaque chose, mais la notion s'appliquait pour certaines tâches dangereuses. L'Ontario et la Colombie-Britannique ont développé une liste de certains services dangereux.

Puis nous avons examiné chacune des professions, toutes les 15, et avons fixé ce que leur champ d'exercice serait, et ce que leur axe réservé serait. Le thème fondamental était d'augmenter la sélection à l'intérieur de paramètres sécuritaires.

On s'est concentré également sur le fait que l'ancien système avait empêché la substitution entre professionnels pour des tâches et des services, et réduit la souplesse. Un des buts de ce nouveau système était de promouvoir la pratique interdisciplinaire. Je n'analyserai pas notre travail en détail, évidemment, mais je vous renvoie à nos recommandations sur les soins infirmiers. Après un examen d'une partie de votre matériel, je sais que vous trouverez cela intéressant. Nous croyons que le modèle d'axe réservé aidera à promouvoir les soins infirmiers spécialisés et les rôles primaires en soins infirmiers. Maintes expériences ont été conduites à travers le Canada, dont plusieurs en Colombie-Britannique, relativement aux soins infirmiers primaires. Nous croyions qu'il y avait eu suffisamment d'essais et que nous devions aller de l'avant. Nous avons recommandé que le RNABC, qui est l'organisme de réglementation pour les soins infirmiers en Colombie-Britannique, entame les travaux. Nous croyons que notre système, le système mis en oeuvre par le gouvernement, fera la promotion de ça. On peut retrouver les détails à ce sujet dans notre rapport. Vous pouvez vouloir consulter notre site Web qui est www.hbc.bc.ca. J'ai prévu quelques exemplaires de notre sommaire.

Au moment où nous étudions les champs d'exercice, on nous a demandé de réviser la législation. Cela impliquait un examen de huit à 10 lois différentes, toutes avec différentes structures. L'un de nos thèmes principaux était d'examiner les barrières pour l'entrée à l'exercice d'une profession. Cette initiative a été très importante parce que, enfouis au milieu de toutes ces législations auxiliaires, les instruments réglementaires et les règlements, il y a, même pour une profession, plusieurs règles qui créent des barrières pour d'autres professions. Par exemple, il y a des dispositions dans plusieurs statuts qui empêchent un membre d'une profession de pratiquer avec une autre profession. Il y a des dispositions empêchant l'émission d'ordonnances. Il y a des dispositions au sujet de qui contrôle les installations de laboratoire. Nous avons identifié celles-ci non seulement comme

care personnel. I am going to leave it at that because I know we are pressed for time.

Senator Morin: I would like to thank you very much for coming. My good friend John Cairns I have known both as a cardiologist and as a dean. We are in good company.

Dr. Wilson, you have given us a very good picture of the problem, its scope and the difficulty in finding a solution. As you know, primary care has been at the centre of all commissions that have studied health care. I am thinking of the Claire commission in Quebec and the Fyke commission. Everybody has a plan. Our report also mentions a reform of primary care. I will take the Claire model but I think the other models are quite similar. The Claire model for primary care is a primary care team with four basic elements. It is interdisciplinary. It proposes a move from fee-for-service to capitation for the MD. The team is responsible for the total health needs of a given population, a fixed population. The team has a gatekeeper. It is responsible for all referrals, and you cannot access health care outside without authorization and/or referral.

I recognize that this is not a solution to your problems related to increasing the number of seats to medical schools and so forth.

However, what is your reaction to that?

Dr. Wilson: The overarching theme is that some form of population-based compensation is essential. Collectively, as a group of family physicians, as long as we serve the whole population, we could make an argument that the machine is not broken at this point, even with 100,000 people in B.C. and others across the country. A year or so ago, in our town, we said that we would, all of us, declare publicly that we would take the next 10 families that present to us, and that we would sweep in a few thousand people on that basis. There was a crushing increase in the workload. My colleagues said that they would not do that again because there was no increased compensation and there was a lot more responsibility. All of us are as busy as we can be.

I think there has to be some reworking of the carrots and the sticks so that there is some incentive to take new patients. I think the multidisciplinary approach is key.

When I asked colleagues why they dropped out of family practice, they told me that it was wearing them out. They were doing all the sympathetic listening and all the follow-ups. They wanted to do the doctoring. In the teaching centre we have the privilege of having learners, nurse practitioners, from the local university. I have a bias, but I think the simplest way to do this would be to allow physicians to employ other workers. Obviously I am not the benevolent dictator when it comes to that.

barrières d'accès pour le public, mais aussi comme barrières à des solutions venant du gouvernement sur la manière qu'il désire employer le personnel de soins de santé. Je m'en tiendrai à cela, car je sais que nous manquons de temps.

Le sénateur Morin: J'aimerais vous remercier beaucoup pour votre présence. Mon bon ami John Cairns que j'ai connu comme cardiologue et comme doyen. Nous sommes en bonne compagnie.

Docteur Wilson, vous nous avez donné un très bon aperçu du problème et son ampleur et de la difficulté à trouver une solution. Comme vous le savez, les soins de santé primaires sont au centre de toutes les commissions qui ont étudié les soins de santé. Je pense à la commission Claire au Québec et la commission Fyke. Tout le monde a un plan. Notre rapport fait mention aussi d'une réforme des soins de santé primaires. Je prendrai le modèle Claire mais je crois que les autres modèles sont fort semblables. Le modèle Claire est une équipe de soins de santé primaires avec quatre éléments fondamentaux. Il est interdisciplinaire. Il propose un changement de la rémunération à l'acte à la rémunération forfaitaire, la capitation pour le médecin. L'équipe est responsable de l'ensemble des besoins en soins de santé d'une population donnée, une population déterminée. L'équipe a un garde-barrière. Elle est responsable de tous les renvois, et vous pouvez accéder aux soins de santé extérieurs sans une autorisation ou un renvoi.

Je reconnais que cela n'est pas une solution à vos problèmes liés à l'augmentation du nombre de places dans les écoles de médecine et autres du même genre.

Toutefois, quelle est votre réaction là-dessus?

Dr Wilson: Le thème qui revient sans cesse est qu'une forme quelconque de rémunération basée sur la population est essentielle. Collectivement, en tant que groupe de médecins de famille, tant que nous servons toute la population, nous pouvons maintenir que la machine fonctionne encore même s'il y a 100 000 personnes en Colombie-Britannique et d'autres un peu partout au pays. Il y a un an environ, dans notre ville, nous avons dit que nous, déclarerions publiquement que nous prendrions les 10 prochaines familles à se présenter à nous, et que nous ramasserions quelques milliers de gens sur cette base. Il y a eu une augmentation écrasante dans la charge de travail. Mes collègues ont dit qu'ils ne le feraient plus, car il n'y a eu aucune augmentation de rémunération et il y avait beaucoup plus de responsabilités. Nous sommes tous aussi actifs que nous pouvons l'être.

Je crois qu'il y a quelques remaniements à faire au sujet de la carotte et du bâton de sorte qu'il y ait un certain incitatif à prendre de nouveaux patients. Je crois que l'approche multidisciplinaire est la clé.

Quand j'ai demandé à mes collègues pourquoi ils ont laissé tomber la pratique familiale, ils m'ont dit qu'elle les épuisait. Ils offraient toute l'écoute sympathique et tous les suivis. Ils voulaient faire de la médecine. Dans les centres d'enseignement, nous avons l'avantage d'avoir des élèves, des infirmières et infirmiers licenciés, de l'université locale. J'ai un préjugé, mais je crois que la manière la plus simple de faire cela serait de permettre aux médecins d'employer d'autres travailleurs.

We hear reference to hierarchies and unwillingness. The implication is that we will not cede power and control as doctors. I think that is old news. We have trained 50 young people in our program, and there is a yearning to share the load. The rest of the team wants the doctors to provide leadership. It is not as though there are other professionals. I think doctors are sophisticated enough to see that. I think this notion is a red herring.

The one warning I have is that fragmentation is a huge risk. As we empower other professionals, my nightmare is that in my town there will be a nurse practitioner, a midwife, a nutritionist, a pharmacist and a counsellor, and we will all be wasting time by working at cross-purposes. Whatever the administrative regime may be, I believe that we should be under one roof working together.

Senator Morin: Would you be in favour of a somewhat similar model to the one I have described?

Dr. Wilson: I have one further comment about pure capitation. I would recommend that you read about managed care in the U.S. and under the NHS in Britain. Capitation will purchase the willingness to take new patients and to hire other professionals. That is important. There is a risk of underservicing if there is no visit fee. I speak on behalf of hundreds of my colleagues who favour a blended system.

Senator Morin: That is a very good point.

You have raised the issue of what we lack. You mention figures of 2,500 and 1,600, and you say that we are importing 900. These are very important numbers and I think we will include them in our report.

I have two questions for you. When you mentioned the federal role, that is, federal leadership with federal programs to help the medical schools in this very difficult time. As you know, we are faced with the problem that this is really a provincial jurisdiction. It was easier in the days when the lack involved bricks and mortar. It is not easy to find programs. As you know, there is strong federal support for research. Would supporting the indirect costs of research help in any way?

Dr. Cairns: Yes.

Senator Morin: Is that the way we should go, or should we think of another program and then interfere and have problems with the provinces?

Dr. Cairns: How the federal government can help directly is a complex issue. It is an issue for the federal government and the provincial governments to address. We are advocating that they find a way to do that and show national leadership. The federal government has always taken a time-honoured, active approach to research. The turnaround that is occurring in the Canadian research establishment came from federal leadership. It did not come from the provinces. Unlike most western nations, we do not

Évidemment, je ne suis pas le dictateur complaisant quand on en vient à ça.

On parle de hiérarchies et de réticences. On laisse entendre que nous ne céderons pas le pouvoir et le contrôle comme médecins. Je crois que c'est du passé. Nous avons formé 50 jeunes dans notre programme, et il y a un désir de partager le fardeau. Le reste de l'équipe veut que les médecins fournissent le leadership. Ce n'est pas comme s'il y avait d'autres professionnels. Je crois que les médecins sont assez justes pour le voir. Je crois que cette idée est un faux-fuyant.

Le seul avertissement que j'ai est que la fragmentation est un risque énorme. En responsabilisant d'autres professionnels, mon cauchemar est que dans ma ville il y aura une pratique de soins infirmiers, de sage-femme, de nutritionniste, de pharmacien et de conseiller, et que nous perdrons tous du temps à travailler à contre-courant l'un de l'autre. Quel que soit le régime administratif, je crois que nous devrions être sous un même toit à travailler ensemble.

Le sénateur Morin: Seriez-vous en faveur d'un modèle assez semblable à celui que j'ai décrit?

Dr. Wilson: J'ai un commentaire additionnel au sujet de la capitation pure. Je vous recommanderais de vous renseigner à propos des soins gérés aux États-Unis et en vertu du NHS en Grande-Bretagne. La capitation achètera le consentement pour prendre de nouveaux patients et pour embaucher d'autres professionnels. C'est important. Il y a un risque de sous-service s'il n'y a aucun frais de visite. Je parle au nom de centaines de mes collègues qui favorisent le système mixte.

Le sénateur Morin: C'est un très bon point.

Vous avez parlé de pénurie. Vous mentionnez des chiffres de 2 500 et de 1 600, et vous dites que nous en importons 900. Ce sont des chiffres très importants et je crois que nous les inclurons dans notre rapport.

J'ai deux questions pour vous. Vous avez mentionné le rôle du fédéral, c'est-à-dire le leadership fédéral avec des programmes du fédéral pour aider les écoles de médecine en ces temps très difficiles. Comme vous le savez, le problème, c'est qu'il s'agit vraiment d'un domaine de compétence provinciale. C'était plus facile jadis quand la pénurie concernait des briques et du mortier. Ce n'est pas facile de trouver des programmes. Comme vous le savez, il y a un fort appui fédéral à la recherche. Est-ce que d'appuyer les coûts indirects de recherche aiderait de quelque façon que ce soit?

Dr. Cairns: Oui.

Le sénateur Morin: Est-ce l'orientation à adopter, ou devrions-nous penser à un autre programme et alors intervenir et avoir les problèmes avec les provinces?

Dr. Cairns: Comment le gouvernement fédéral peut aider directement est une question complexe. C'est une question pour le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux. Nous préconisons qu'ils trouvent une manière pour le faire et qu'ils fassent montre de leadership national. Le gouvernement fédéral a toujours adopté une approche active et respectée au sujet de la recherche. Le revirement qui se produit dans les établissements de recherche canadiens est venu du leadership fédéral. Il n'est pas

have any indirects on research federally. Grants are given for operating costs, and universities and hospitals face enormous costs trying to deal with those grants when they come in. I think there might be innovative ways to redirect some of what they are facing in costs now if the federal government were to take on responsibility for indirect costs. It would have additional benefits but it might also indirectly lead to benefits on the education side. It might be a very wise way to address this issue.

Bricks and mortar are extremely expensive, and the federal government found a way, through the creation of a health resources fund, to do that. Why not do that again?

Senator Morin: Is there a requirement for more infrastructure, bricks and mortar, at the present time?

Dr. Cairns: Absolutely. Our medical education and research establishment is about two thirds the size of what it ought to be. We are unique amongst western nations in not taking up this responsibility. Our medical schools need to be larger, the research capacity needs to be increased, and the facilities in the major referral hospitals need to be refurbished and, to some extent, enlarged, so there would be significant capital costs involved. Were there to be federal leadership in this regard, and if the provinces were able to feel comfortable with that relationship, that would be an excellent way to put some of the much-needed resources into the system.

The Chairman: Are you saying that in the sense that it involves the federal government making capital contributions, but the ongoing education role remaining with the provinces?

Dr. Cairns: I am saying that there needs to be leadership; there needs to be coordination; and then there needs to be ways found to do that. Some of it may involve reallocations. If the federal government takes on some responsibilities that are managed by the provinces now, they could be reallocating to some of the operational costs involved in the education programs.

Senator Morin: Our views concerning research may not have been clear in our report, but I believe we support your points. The figure of \$1 billion is actually written in the report. It is an objective. It is what we are aiming for. We also support basic research. Maybe the word "basic" research is not included in our report, but it should be. We strongly support those two points.

What is the actual situation for admissions in medical schools? I know that in Quebec, at Laval especially, the number of admissions for first year medical students is increasing. I hear it is increasing in UBC. What is the situation across the country?

venu des provinces. Contrairement à la plupart des pays occidentaux, au fédéral nous n'avons pas de coûts indirects pour la recherche. Les subventions sont accordées pour les coûts d'exploitation, et les universités et hôpitaux affrontent d'énormes coûts pour s'occuper de ces subventions quand elles sont reçues. Je crois qu'il peut y avoir des manières innovatrices pour rediriger certains des coûts auxquels ils font face maintenant si le gouvernement fédéral prenait la responsabilité pour les coûts indirects. Ceci présenterait des avantages supplémentaires mais pourrait aussi indirectement apporter des avantages du côté de l'enseignement. Il pourrait être très sage d'examiner cette question.

Les briques et le mortier sont extrêmement coûteux, et le gouvernement fédéral a trouvé une manière, par le truchement de la création d'un fonds de ressources en santé, pour faire ça. Pourquoi ne pas le faire encore une fois?

Le sénateur Morin: Y a-t-il un besoin pour plus d'infrastructure, de briques et de mortier, actuellement?

Dr Cairns: Absolument. Notre enseignement médical et notre personnel de recherche sont de deux tiers environ de la taille qu'ils devraient être. Nous sommes uniques parmi les pays occidentaux dans notre manière de ne pas prendre cette responsabilité. Nos écoles de médecine doivent être plus grandes, les capacités de recherche, renforcées, et les installations dans les grands hôpitaux de recours ont besoin d'être rénovées et, jusqu'à un certain point, agrandies, si bien qu'il y a des coûts en immobilisation importants en cause. Si un leadership du fédéral se manifeste à ce chapitre, et si les provinces sont en mesure de se sentir à l'aise avec cette relation, cela serait une excellente manière pour investir certaines des ressources plus que nécessaires dans le système.

Le président: Nous dites-vous ceci dans le sens que cela implique que le gouvernement fédéral fasse une contribution au financement, mais que le rôle continu en matière d'enseignement demeure celui des provinces?

Dr Cairns: Je disais qu'il y a un besoin de leadership; il y a un besoin de coordination; et puis il y a un besoin de trouver des manières de le faire. Des réaffectations peuvent être nécessaires aussi. Si le gouvernement fédéral assume certaines des responsabilités gérées par les provinces maintenant, elles pourraient être réaffectées à certains des coûts d'exploitation dans les programmes d'enseignement.

Le sénateur Morin: Nos points de vue concernant la recherche peuvent ne pas avoir été clairs dans notre rapport, mais je crois que nous soutenons vos points. Le chiffre de 1 milliard de dollars figure bel et bien dans le rapport. C'est un objectif. C'est ce que nous visons. Nous soutenons aussi la recherche fondamentale. L'expression recherche «fondamentale» n'apparaît peut-être pas dans notre rapport, mais elle devrait y être. Nous soutenons fortement ces deux points.

Quelle est la situation actuelle des admissions dans les écoles de médecine? Je sais qu'au Québec, à Laval notamment, le nombre d'admissions pour les étudiants en première année de médecine est en hausse. J'ai entendu dire qu'il augmentait à UBC. Quelle est la situation à travers le pays?

Dr. Cairns: We are currently graduating about 1,580 students. We peaked in 1985 with 1,835. We have fallen about 18 per cent since then, and this at a time when our population has been growing. Currently it is at the lowest it has been since the early 1970s. Quebec has added over a hundred students a year to their intake, and the same applies to Ontario. The total picture across the country for enrolment is still under 1,900 per year. At UBC, the Government of British Columbia has a major platform plan to double the size of enrolment by 2010 and to get most of the way towards that goal by 2004. We will begin to move towards self-sufficiency but we should be having an entry class of 2,500 students a year. We are currently at under 1,800 and, until recently, we were under 1,600. There has been some movement in this regard, but it is just beginning.

Senator Morin: Mr. Fahey, we were talking about nursing practitioners playing a primary care role. You suggested that we should get started on that. As you know, the problem with that is that there are a large number of unemployed primary care workers, nursing care practitioners, in my own province, in Quebec and in Ontario. We have been training them but they have no place to go. Will we be faced with a similar situation in B.C.?

Mr. Fahey: The B.C. experience, perhaps, is slightly different. Obviously, I can only speak about the B.C. experience. For 10 or 15 years, we have had in place a program called First Call, so it has been tested. There are nurses working in this role as primary care practitioners. From our hearing process and from all the submissions we have received, we recognized that there was a great demand for this, particularly from rural communities. Indeed, some communities would have been in dire circumstances if they had not received this type of professional service.

Our role is not necessarily to come up with ideas. I think it is to point out that, to the extent that there are any legislative or policy barriers, we should move ahead. Generally speaking, government accepts our recommendations, and I understand that staff are working on implementing those as we speak. Certainly, we had no information or evidence of a lack of demand or of unemployed people in that area.

Senator Carney: There is so much to talk about that we need you here for the next three months, I suppose. I have three questions. The first one is for Ms Bates. Could you clarify this issue of admissions relative to Aboriginal admissions? Can you draw a parallel which would clarify the situation?

I have been serving as an adjunct professor of the UBC School of Planning for the last 10 years and when I have Aboriginal students in my class I am faced with the dilemma that they do not present information in a way that meets my highly structured model that reflects my culture. How do you accommodate that

Dr Cairns: Nous décernons des diplômes actuellement à environ 1 580 élèves. Nous avons atteint un sommet en 1985 avec 1 835. Nous avons baissé d'environ 18 p. 100 depuis lors, et cela à un moment où notre population était en croissance. Actuellement, il est au plus bas niveau depuis le début des années 70. Le Québec a ajouté plus de cent élèves par an à l'admission, et la même chose s'applique à l'Ontario. Dans tout le pays, l'admission n'atteint pas encore le 1 900 par an. À UBC, le gouvernement de Colombie-Britannique a un grand plan pour doubler le nombre d'admissions d'ici à 2010 et pour atteindre en grande partie cet objectif dès 2004. Nous commencerons à nous diriger vers l'autosuffisance, mais nous devrions avoir une classe d'entrée de 2 500 élèves par an. Nous sommes actuellement sous les 1 800 et, jusqu'à tout récemment, nous étions sous les 1 600. Il y a eu quelques mesures à ce chapitre, mais ce n'est qu'un commencement.

Le sénateur Morin: Monsieur Fahey, nous disions que les infirmiers et les infirmières en exercice jouent un rôle dans les soins de santé primaires. Vous avez suggéré que nous devions aller de l'avant dans ce dossier. Comme vous le savez, le problème qui se pose, c'est qu'il y a un grand nombre de travailleurs de soins de santé primaires en chômage, en soins infirmiers, dans ma propre province, au Québec et en Ontario. Nous les avons formés, mais ils n'ont nulle part où aller. Faisons-nous face à une situation semblable en Colombie-Britannique?

M. Fahey: L'expérience en Colombie-Britannique, est peut-être légèrement différente. Évidemment, je ne peux parler que de l'expérience en Colombie-Britannique. Depuis 10 ou 15 ans, nous avons en place un programme appelé First Call, qui a donc fait ses preuves. Il y a des infirmiers et des infirmières travaillant dans ce rôle comme praticiens de soins de santé primaires. Notre processus d'audience et tous les mémoires que nous avons reçus, nous indiquent qu'il y a une grande demande pour cela, notamment dans les communautés rurales. De fait, certaines communautés auraient été dans des situations horribles si elles n'avaient pas reçu ce type de service professionnel.

Notre rôle n'est pas nécessairement de suggérer des idées; je crois qu'il faut faire remarquer également que, dans la mesure où il existe quelque barrière législative ou politique, nous devrions aller de l'avant. De manière générale, le gouvernement accepte nos recommandations, et je comprends que le personnel travaille à les mettre en oeuvre à l'heure où nous nous parlons. Certainement, nous n'avons aucune information ou preuve d'une faiblesse de la demande ou de gens en chômage dans ce secteur.

Le sénateur Carney: Il y a tant de choses dont on voudrait parler que nous serions obligés de vous garder ici pour parler pendant les prochains trois mois, je pense. J'ai trois questions. La première est pour Mme Bates. Pouvez-vous clarifier cette question d'admissions relativement aux admissions des Autochtones? Pouvez-vous nous dresser un parallèle qui clarifierait la situation?

Je suis professeur adjoint à l'école de planification de UBC depuis 10 ans et quand j'ai des élèves autochtones dans ma classe, j'ai un dilemme: ils ne présentent pas l'information d'une manière qui réponde à mon modèle hautement structuré qui reflète ma culture. Comment faire pour concilier cela en s'assurant qu'ils

and still ensure that they reach a masters or a PhD level? Is that what you mean when you talk about admissions criteria being more flexible, but still maintaining that they are able to function in a peer group situation?

Dr. Bates: We are committed to ensuring that our evaluation processes are common. All students go through the same evaluations processes. What we have seen out of the last few years and what the experience has been elsewhere is that we are not good at anticipating which students will be effective, given the kind of indicators that we use when we look at admission. That is primarily because of the complexity of backgrounds that these students come from at the present time, and also because of the cultural differences in communication that we do not adjust to. I think it is true that we see our students operate differently. As you may know, medical education is shifting. It has shifted much more to learning in small groups and to small group communication. The emphasis is on communication skills, the ability to communicate, and to communicate in different ways. Our Aboriginal students are very effective once they get into medical school. However, there seem to be entry barriers across Canada.

Senator Carney: That is very helpful because I did not want to leave the impression we were looking at "standards."

Dr. Cairns, I have a question for you, and I am switching hats here because I sat on the advisory council to your school of rehab. Medicine, and Dr. Carswell told me something at one of our last meetings and that is that physiotherapists are facing a situation where they will not be certified unless they have six years of education. This is coming from the States, not from us. Currently, the school cannot graduate enough physiotherapists to meet the needs in British Columbia. There is a shortage. I do not think Clyde Smith will be a better physiotherapist if he or his students have six years behind them. Does this push for the increase in time to six years limit the accessibility of some students to physiotherapy? It will certainly reduce the number of physiotherapists and increase their wage expectations. Is this a valid concern? If so, what can we do about it in terms of sustainability? If you are going to sustain the system, can you keep pushing people from a two-year certification to a four- or a six-year certification?

The Chairman: Perhaps I can piggyback my question. For years, the nursing profession did not require their nurses to hold a degree. For generations nurses did not need a degree. The degree was optional. Now it is mandatory in most cases. So my piggyback question is: Is there an effort on the part of the professions to drive up the entrance requirements? I am thinking of the graduation requirements. Is this truly beneficial or is it an attempt to improve the stature of the profession, improve their income or whatever?

Senator Morin: That also applies to psychologists. It seems to apply to most professions.

The Chairman: You understand the drift of that issue?

atteindront le niveau de maîtrise ou de doctorat? Est-ce ce dont vous parlez lorsque vous mentionnez des critères d'admission plus souples, tout en maintenant qu'ils sont capables de fonctionner au sein d'un groupe d'homologues?

Dre Bates: Nous sommes engagés à assurer que nos procédés d'évaluation sont communs. Tous les élèves passent par les mêmes procédés d'évaluation. D'après ce que nous avons vu au cours des dernières années et d'après l'expérience ailleurs, nous ne sommes pas bons à anticiper quels élèves seront efficaces, étant donné la sorte d'indices que nous employons quand nous analysons l'admission. C'est essentiellement à cause de la complexité des milieux dont proviennent actuellement ces élèves, et aussi à cause des différences culturelles de communications, dont nous ne tenons pas compte. Je crois qu'il est vrai que nous voyons nos élèves fonctionner différemment. Comme vous le savez peut-être, l'enseignement médical change. Il est beaucoup plus axé aujourd'hui sur l'apprentissage en petits groupes et les communications en petits groupes. On met l'accent sur les compétences en communications, la capacité de communiquer, et de communiquer de différentes manières. Nos élèves autochtones sont très efficaces une fois qu'ils sont dans l'école de médecine. Toutefois, il semble exister des barrières à l'entrée dans toutes les régions du pays.

Le sénateur Carney: Ceci est très utile parce que je n'avais pas voulu laisser entendre que nous envisagions des «normes».

Docteur Cairns, j'ai une question pour vous, et je change de chapeau ici parce que j'ai siégé au conseil consultatif de votre école de médecine physique et de réadaptation. Le Dr Carswell m'a dit quelque chose durant l'une de nos dernières réunions relativement aux physiothérapeutes qui font face à une situation où ils ne seront pas accrédités à moins qu'ils aient une éducation formelle de six ans. Cela vient des États-Unis, non de nous. Actuellement, l'école ne peut diplômer assez de physiothérapeutes pour répondre aux besoins en Colombie-Britannique. Il y a une pénurie. Je ne crois pas que Clyde Smith sera un meilleur physiothérapeute si lui ou ses élèves ont accumulé six ans d'études. Est-ce que cette demande d'augmentation de la durée de formation à six ans restreint l'accessibilité de certains élèves à la physiothérapie? Elle réduira certainement le nombre de physiothérapeutes et accroîtra leurs attentes salariales. Est-ce une préoccupation légitime? Dans l'affirmative, que peut-on faire en termes de durabilité? Si vous comptez soutenir le système, pouvez-vous continuer à exiger que l'accréditation soit accordée après quatre ou six ans plutôt que deux?

Le président: J'aimerais rajouter une question. Autrefois, on pouvait être infirmier ou infirmière sans avoir de diplôme. Ce fut ainsi pendant des générations. Le diplôme était optionnel. Aujourd'hui, il est obligatoire dans la plupart des cas. Voici ma question: Fait-on un effort dans la profession pour augmenter les exigences à l'entrée? Je pense aux conditions d'obtention du diplôme. Est-ce vraiment bénéfique ou est-ce une tentative pour donner à la profession plus de prestance, améliorer le revenu de ses membres ou que sais-je encore?

Le sénateur Morin: Ceci s'applique aussi aux psychologues. Ceci semble s'appliquer à la plupart des professions.

Le président: Vous comprenez le sens de cette question?

Dr. Cairns: I understand it very well. It is a difficult area to step into. We call it the "credential creep." This is, as Senator Morin suggests, prevalent in many areas. There is no doubt that being at the masters or the Ph.D. level as a physiotherapist or as an occupational therapist is desirable if you are teaching, doing research, or taking on a major leadership role.

Senator Carney: If you are president of UBC you may need a Ph.D. in occupational therapy.

Dr. Cairns: Yes, but that career is quite different from what may be necessary to practice those professions. I think we need to look at differentiation. The same phenomenon is occurring in nursing. We need to look at medicine and decide where people begin to differentiate, and how much is required to do various tasks. There is not much question it takes many, many years to be a cardiac surgeon, but perhaps not all of them need to have all of the skills that would be necessary to deliver a baby. I think it behooves all of the professions to be examining just what they are doing with this credential creep.

Senator Carney: Dr. Wilson I have a last question for you, and it has to do with perception. In the last little while there was a strike or a withdrawal of services by northern doctors, and the perception that came through the media was that the emergency rooms were not jammed, nobody seemed to be having any crises, actually there was not a problem, and maybe we do not need these northern doctors. Was that perception accurate? How would you react to that perception?

Dr. Wilson: There must be a dozen crucial issues wrapped up in that statement. For example, there is some reference in your report to the national problem of people coming to emergency departments seeking primary care. I, like a lot of small town doctors, do my share of emergency shifts. Two weeks ago I saw four patients in an eight-hour shift, who required ongoing family practice care. One had ischemic heart disease, one had MS and she had just moved to town, one had symptoms suggestive of an interabdominal cancer, and the final one was a new diabetic. I feel I may have to withdraw from that service because, ethically, once I touch that person, he or she is my responsibility, they really are. The patient will thank me for the prescription and the advice, and then ask: "What am I supposed to do? I have been told I will have this condition for the rest of my life."

It is very important to get pressure off the emergency. Many people who go in there on any given day do it electively. If you encouraged the BCTV news team to go into the emergency and pan a camera around to show how awful it is, for a day or two nobody will come down. They will find other places to go. In fact, the number is growing.

Dr Cairns: Je la comprends très bien. C'est un aspect difficile à aborder. Nous l'appelons le renchérissement des titres de compétences. Comme le sénateur Morin l'a dit, on le voit dans maints secteurs. Il n'y a aucun doute qu'être titulaire d'une maîtrise ou d'un doctorat de physiothérapeute ou thérapeute professionnel est souhaitable si vous enseignez, faites de la recherche, ou jouez un grand rôle de leadership.

Le sénateur Carney: Si vous êtes président de UBC, vous pouvez avoir besoin d'un doctorat en ergothérapie.

Dr Cairns: Oui, mais cette carrière est très différente de ce qui s'avère peut-être nécessaire pour pratiquer ces professions. Je crois que nous devons examiner la différenciation. Le même phénomène se produit en soins infirmiers. Nous devons examiner la médecine et décider où les gens commencent à se différencier, et combien est nécessaire pour faire les diverses tâches. Il n'y a pas de doute qu'il faut beaucoup d'années pour devenir chirurgien cardiaque, mais peut-être que peu d'entre eux ont besoin de toutes les compétences qui sont nécessaires pour accoucher une femme. Je crois qu'il incombe à toutes les professions d'examiner où elles veulent en venir avec ce renchérissement des titres de compétences.

Le sénateur Carney: Docteur Wilson, j'ai une dernière question pour vous, et elle a trait à la perception. Ces derniers temps, il y a eu une grève ou un retrait de services par des médecins du Nord, et la perception qui s'en est dégagée dans les médias était que les salles d'urgence n'étaient pas bondées, que personne n'a semblé vivre de crises, qu'en réalité, il n'y a pas eu de problèmes, et que peut-être n'avons-nous pas besoin de ces médecins du Nord. Cette perception était-elle juste? Comment réagissez-vous à cette perception?

Dr Wilson: Ce que vous venez de dire soulève une douzaine de questions cruciales. Par exemple, il y a certaines références dans votre rapport au problème national de gens qui se présentent aux services d'urgence pour obtenir des soins de santé primaires. Comme un grand nombre de médecins de villages, je fais ma part de quarts de travail au service d'urgence. Il y a deux semaines j'ai vu quatre patients dans un quart de huit heures, qui exigeaient des soins de santé continus de médecine familiale. L'un souffrait de cardiopathie ischémique, un autre de sclérose en plaque, et cette personne venait de déménager dans la région, un autre, des symptômes évocateurs d'un cancer interabdominal, et le dernier était un nouveau diabétique. Je crois que je devrais peut-être me retirer de ce service, car du point de vue déontologique, une fois que je touche à cette personne, lui ou elle est ma responsabilité, et c'est vraiment la même chose pour tous les autres. Le patient va me remercier pour l'ordonnance et le conseil, puis demandera: «Que dois-je faire? On m'a dit que je serai dans cet état pour le reste de ma vie.»

C'est très important de réduire la pression dans les services d'urgence. Beaucoup de personnes qui s'y présentent, auraient pu aller ailleurs. Si vous encouragez l'équipe des nouvelles de BCTV à aller au service d'urgence et faites tourner une caméra pour montrer comment c'est affreux, pendant un jour ou deux personne ne viendra. Ils trouveront d'autres endroits où aller. En fait, le nombre ne cesse d'augmenter.

However, I think the urban professionals who are attempting to provide full service, comprehensive care longitudinally are in an even more difficult position because, in a pure fee-for-service environment, the easy stuff is scooped by walk-in clinics. It costs \$26.50 a visit and a dollar a minute for overhead, so they are becoming insolvent. We are lucky, we have low rents, people have to come and see us.

In answer to your question: Do we need more doctors in the North —

Senator Carney: I know we do. I am just saying that there was a perception that we did not because no patients showed up in the emergency rooms.

Dr. Wilson: We favour redeployment of the resource. We do not think that the primary care physicians are being well utilized at the moment. They are dealing with only a slice of the need. There is a great need out here. For a while we could ignore it because it was fairly invisible. People still had somewhere to go. With 100,000 in B.C. and soon to be millions in Canada, who cannot access any primary care at all, it is out of the bag now.

Senator Carney: You remind me of a lawyer who once told me that he could not afford me, that my problems are so complex he could not bill enough to cover the time he was going to spend to sort me out.

Dr. Wilson: That is exactly right.

The Chairman: That was a good analogy.

Dr. Wilson: It used to be the only way to feed your family in primary care medicine was to acquire a list of patients and look after everything about their needs, and that included referrals and so on. Now there are so many other options and the patients take the easy stuff elsewhere and then come back to their own doctor for what takes 40 minutes for a \$26.50 bill. It is not sustainable. It is just tumbling down.

The Chairman: I love your phrase "credential creep." That will find a way into the report. Who decides on the credentials? I tell you why I ask.

I started out life as an academic and obviously it would be in my interest as an academic to have credential creep, because it would keep the demand up. There is no doubt that more knowledge is a useful thing, but we are trying to train people here with a pragmatic and practical orientation. Therefore, it seems to me that, if the academic community establishes the credential criteria, you will get a much broader academic base, and you will get some credentials that are desirable but not necessary for people to have. The control of that process, it seems to me, has a huge impact on its outcome. Who controls it?

Toutefois, je crois que les professionnels urbains qui tentent de fournir un service complet, des soins exhaustifs longitudinalement, sont dans une position encore plus difficile, car dans un environnement de pure rémunération à l'acte, le travail facile est pris en charge par des cliniques sans rendez-vous. Une visite coûte 26,50 \$ et un dollar la minute pour les frais généraux, alors ils deviennent insolvables. Nous sommes chanceux, notre loyer n'est pas élevé, les gens doivent venir nous voir.

En réponse à votre question: Avons-nous besoin de plus de médecins dans le Nord...

Le sénateur Carney: Je sais que oui, je dis seulement qu'il y avait une perception que nous n'en avions pas besoin parce qu'aucun patient ne s'est présenté dans les salles d'urgence.

Dr. Wilson: Nous favorisons le redéploiement des ressources. Nous ne croyons pas que les médecins de soins primaires sont bien utilisés actuellement. Ils ne s'occupent que d'une tranche des besoins. Il y a un grand besoin dans le public. Nous avons pu l'ignorer un certain temps parce que le problème ne paraissait pas beaucoup. Les gens avaient quelque part où aller. Avec 100 000 personnes en Colombie-Britannique et bientôt des millions au Canada qui ne peuvent accéder à des soins de santé primaires, on ne peut plus le dissimuler.

Le sénateur Carney: Vous me rappelez un avocat qui m'a dit une fois qu'il n'avait pas les moyens de me prendre comme client, que mes problèmes sont si complexes qu'il ne pourrait me facturer assez pour couvrir le temps qu'il passerait à remettre mes affaires en ordre.

Dr. Wilson: C'est exactement cela.

Le président: C'était une bonne analogie.

Dr. Wilson: Il fut un temps où l'unique manière de nourrir sa famille pour un médecin de soins de santé primaires était d'acquiescer une liste de patients et de voir à tous leurs besoins, et cela comprenait les renvois et ainsi de suite. Maintenant il y a tellement d'autres options et les patients vont ailleurs pour les soins faciles puis reviennent à leur propre médecin pour une consultation qui prend 40 minutes au prix de 26,50 \$. Cela n'est pas soutenable. C'est du pelletage.

Le président: J'aime votre expression «renchérissement des titres de compétences». Cela se retrouvera dans le rapport. Qui décide des titres de compétences? Je vous dis pourquoi je le demande.

J'ai commencé dans la vie comme enseignant universitaire et évidemment il serait dans mon intérêt à ce titre qu'il y ait renchérissement des titres de compétences, car cela garderait la demande à la hausse. Il ne fait aucun doute que plus de connaissances est une chose utile, mais nous tentons de former ici des gens avec une orientation pragmatique et pratique. Donc, il me semble que si la communauté universitaire fixe les titres de compétences, vous obtiendrez une base universitaire beaucoup plus large, et vous découvrirez que certains titres de compétences sont souhaitables, mais pas nécessaires pour certaines gens. Le contrôle de ce procédé, il me semble, a un impact énorme sur son résultat. Qui le contrôle?

Dr. Cairns: The professions, for what are ostensibly the best reasons, control it. Very high standards should mean that we have the best possible practitioners in whatever field we are talking about. The universities provide the educational experience that suits students to meet the credentials of these professional bodies, but it is quite different from a Ph.D. or any degree in a non-professional faculty.

The Chairman: I am familiar with that stream. Essentially, you are saying it is the colleges themselves that determine the, say, 250 things you have to know to get through school.

Dr. Cairns: Yes, as well as the length of training and its quality. Often, those individuals are academics situated at universities but, technically, the setting of standards is done by the external professional community.

Senator Carney: It is important for me to note, in that context, that the pressure on physiotherapists was coming from the States. That is an added pressure that should be identified along with the academic pressure.

Dr. Cairns: Yes, and that is not all bad. Canadian and American medical schools are certified by a conjoined body. The Licensing Council for Medical Education in the States and a similar Canadian body work together. The 130 U.S. schools and the 16 Canadian schools are essentially all accredited against the same standard. That is desirable, but we are influenced by these sorts of credentialing issues, which generally tend to emerge in the United States.

Senator Keon: I have a question for the entire panel. I will start with you, John, and go to Dr. Wilson. The question concerns the empowerment for change. We sit and listen to people talking about the problems in the system. Everybody wants to preserve the system. We want to avoid radical change, but we want significant change so that the system itself does not dive into inanition.

John, you remember as well as I do that tremendously successful experiment back in the 1960s when the federal government threw out the huge amount of money called the Health Resources Fund. It built McMaster University, where you built your reputation, along with McGill, and it brought me back from Boston, maybe to the great chagrin of everybody around me I do not know. It resulted in all kinds of interesting things, and that was because the money was the empowerment for change. It did not upset the provinces. Arrangements were made at the federal-provincial level to disseminate the money, and the money was set aside for McMaster University to be built. That is one of the most successful endeavours we have ever known in the country. As far as academia was concerned, the money had to be spent to build McMaster University. Many tremendous people were recruited, and the rest is history. To a lesser degree the Ottawa Art Institute was built with the same money.

Dr Cairns: Les professions le contrôlent, pour ce qui est censé être des motifs doubles. De très hauts standards devraient signifier que nous avons les meilleurs praticiens possible dans tous les domaines dont nous parlons. Les universités fournissent l'expérience éducative qui convient aux élèves pour acquérir les titres de compétences de ces corps professionnels, mais c'est fort différent d'un doctorat ou de tout diplôme dans une faculté autre que de profession libérale.

Le président: Je connais bien cette filière. Essentiellement, vous dites que ce sont les collèges eux-mêmes qui déterminent les, disons, 250 choses que vous devez connaître pour obtenir votre diplôme.

Dr Cairns: Oui, de même que la durée de la formation et sa qualité. Souvent, ces individus sont des universitaires mais, techniquement, la détermination des normes est faite par la communauté professionnelle de l'extérieur.

Le sénateur Carney: C'est important pour moi de noter, dans ce contexte, que la pression sur les physiothérapeutes provenait des États-Unis. C'est une pression supplémentaire qui devrait être identifiée, ainsi que la pression universitaire.

Dr Cairns: Oui, et ce n'est pas totalement mauvais. Les écoles canadiennes et américaines de médecine sont accréditées par un organisme mixte. Le Conseil d'accréditation de l'enseignement médical aux États-Unis et un organisme canadien semblable travaillent conjointement. Les 130 écoles américaines et les 16 écoles canadiennes sont essentiellement toutes accréditées selon les mêmes normes. C'est souhaitable, mais nous sommes influencés par des choses comme les titres de compétences, qui tendent à venir surtout des États-Unis.

Le sénateur Keon: J'ai une question pour le groupe au complet. Je commencerai avec vous, John, et ensuite le Dr Wilson. La question a trait à la responsabilisation pour le changement. Nous siégeons et écoutons les gens parler des problèmes dans le système. Tout le monde veut maintenir le système. Nous voulons éviter des changements radicaux, mais nous voulons des changements importants pour que le système lui-même ne sombre pas dans l'inanition.

John, vous vous souviendrez comme moi de cet essai parfaitement réussi dans les années 60 quand le gouvernement fédéral a investi de grosses sommes d'argent appelées le Fonds des ressources en santé. Il a construit l'université McMaster, où vous avez bâti votre réputation, ainsi que McGill, et il m'a ramené de Boston, peut-être au grand désespoir de tout le monde autour de moi, je ne sais pas. Il a entraîné toutes sortes de choses intéressantes, et c'était parce que l'argent était la responsabilisation pour le changement. Il n'a pas indigné les provinces. Des dispositions ont été convenues au niveau provincial et fédéral pour distribuer les fonds, et des fonds ont été réservés pour construire l'université McMaster. C'est l'un des efforts les mieux réussis que nous ayons jamais connus dans le pays. En ce qui a trait au milieu universitaire, les fonds ont dû être dépensés pour construire l'université McMaster. Une foule de gens remarquables ont été recrutées, et le reste fait partie de l'histoire. À un degré moindre, l'Institut de cardiologie d'Ottawa a été construit avec le même argent.

Why can we not collectively find a way to turn the levers of power to do this again? The need is just as great right now as it was in 1965 or 1964. We are all guilty, whether we are health professionals, patients, politicians, whatever, because we are not urging government to do this.

Let me start with you, John. If it could be done, how would you use it to get the things you want?

Dr. Cairns: That is a tough question, but it is obviously the kind of question that needs to be asked. I think it takes money; and there was a substantial amount of money in the 1960s. It takes a seeking for innovation and building a sense of excitement. The problems we are facing in the provision of health care in Canada should be seen as exciting. They are amongst the most difficult problems. Molecular biology is tough, but you can see a route through that. The problems of how to deal with the complex social and non-medical determinants of health are enormously interesting and exciting, but we have not seen them in that way. I think we have to get the money out of the federal pocket to the people who can do this. Ongoing federal programs, done through federal activities, are not exciting. They have all sorts of political elements to them and so on. There needs to be a federal allocation based on excellence. It probably cannot be an even allocation to every medical school or every health sciences faculty across the country. The tried and true route of research excellence has been based on excellence and peer review. Some elements of that sort should be brought into this.

A huge number of programmatic costs also have to be faced. The innovation aspect needs to be thought about quite carefully.

I think you are asking the right questions, but I would not presume to have the answers. Those are the sorts of questions that need to be asked and pursued. How can we bring some innovation excitement back into it? We are spending an enormous amount of money, and we all sense that we may not be getting the most efficient value for it. What can we do that is new; and how do we find the right people to try those ideas out and be accountable for the outcome so that we actually learn something?

Senator Keon: You will recall that was a one-shot deal. The critics of that one-shot deal said that it was going to be a disaster, that it would be like all of the little programs that were funded for a couple of years before the funding went down. In fact, the reverse happened. The programs that deserved to survive, survived; and those that did not deserve to survive, dried up. I wonder if another one-shot deal is not the answer.

Pourquoi ne pouvons-nous pas trouver collectivement une manière pour actionner les leviers du pouvoir et répéter le même exploit? Le besoin est aussi grand à l'heure actuelle qu'il l'était en 1965 ou 1964. Nous sommes tous coupables, que nous soyons des professionnels de la santé, des patients, des politiciens, nous le sommes tous, parce que nous n'incitons pas le gouvernement à faire cela.

J'aimerais commencer avec vous, John. Si cela pouvait se faire, comment l'utiliseriez-vous pour obtenir les choses que vous voulez?

Dr Cairns: C'est une question difficile, mais c'est évidemment le genre de questions qui doit être posée. Je crois qu'il faut de l'argent; et il y avait une somme d'argent importante dans les années 60. Il faut encourager l'innovation et le développement d'un certain enthousiasme. Les problèmes que nous affrontons dans la fourniture des soins de santé au Canada devraient être perçus comme excitants. Ils sont parmi les problèmes les plus difficiles. La biologie moléculaire est difficile, mais vous pouvez y apercevoir un cheminement. Les problèmes relatifs à la manière de traiter les déterminants sociaux et non médicaux complexes de la santé sont très intéressants et excitants, mais nous ne les avons pas regardés de cette manière. Je crois que nous devons obtenir l'argent des coffres du fédéral pour les gens qui peuvent faire cela. Les programmes continus du fédéral, exécutés par le truchement des activités fédérales, ne sont pas excitants. Ils ont toutes sortes d'éléments politiques rattachés et le reste. Il faut une allocation des ressources fédérales fondée sur l'excellence. Vraisemblablement cela ne peut être une allocation uniforme pour chaque école de médecine ou chaque faculté des sciences de la santé du pays. Le chemin éprouvé et véritable de l'excellence en recherche est fondé sur l'excellence et la révision par les pairs. Quelques éléments de ce genre devraient être introduits dans cela.

Il faut également faire face aux innombrables coûts reliés aux programmes. Il faut soigneusement réfléchir aux aspects relatifs à l'innovation.

Je crois que vous posez les bonnes questions, mais je ne présumerais pas d'avoir les réponses. C'est le genre de questions qui doivent être demandées et étudiées. Comment y insuffler l'enthousiasme de l'innovation? Nous dépensons une somme d'argent énorme, et nous sentons tous que nous n'obtenons peut-être pas en contrepartie la valeur la plus efficace. Que pouvons-nous faire de nouveau? Et comment pouvons-nous trouver les bonnes gens pour essayer ces idées et être responsables des résultats de sorte que nous apprenions réellement quelque chose?

Le sénateur Keon: Vous vous rappellerez qu'il s'agissait d'un projet unique. Les critiques de ce projet ont dit que ce serait un désastre, que ce serait comme tous les autres petits programmes financés pour une couple d'années avant que le financement cesse. En fait, le contraire s'est produit. Les programmes qui méritaient de survivre, ont survécu; et ceux qui ne le méritaient pas, ont déper. Je me demande si un autre projet ponctuel n'est pas la réponse.

Dr. Wilson. I commend you for resisting the use of the old, trite saying, "The solo practicing physician is an endangered species." but you said everything else apart from that.

Dr. Wilson: I have said that too.

Senator Keon: I knew you had. I was waiting for you to come out with it, but you did not. If you were given a mandate for change, with empowerment, the money to back it up, knowing that there would not be any follow-up, and that after the change you would have to live with the best parts and that you would let the worst parts go, how would you design your system to make it work?

Dr. Wilson: I would introduce a blended system of administering and funding primary care. Perhaps I am naïve. I would start with a pitch to the profession about a rebalancing along these lines. I believe in B.C. we are spending something like \$600 million a year on direct payments to general practitioners. I would divide that into two funds: one, a visit fee, as is currently the case; and the other a case management fee. If you only provide visits, that is all you get; and if you put the patient on your list, you get the other fee. The case management fee has capitation. It carries with it some obligations like providing extended clinic hours, 24-hour telephone service, maintaining hospital privileges, participating on committees and all of the other things we thought we were required to do by right of entry into the profession. I would throw in some bonuses for employing others. The case management fee allows only care by a physician. However, I could have many more patients on my list if I were allowed to employ other professionals to help look after them. Right now it is: "No see; no fee." The only way I have of attracting financial resources to my practice is for me to see another patient. If I had access to some resources to expand the base, I would take more patients, as would my colleagues.

The average family physician in this country is about 48 years of age. The specialist group is in even more peril age-wise. The final part of my answer relates to the capital investment. One of the problems in the country is that never before have so many of us been 50-ish. We have all become our fathers and mothers overnight, and we are getting tired. In some cases, we are counting the days. We get tired. I do not view the world as I did in the 1970s, when we all dipped into our pockets to pay the leasehold improvements on our own offices and created the physical plant, and thought that over 30 years we would amortize our debts. I think there would need to be some capital money as well. From where I sit, the biggest problem in primary care is that we need an inducement for providers to take on more subscribers. Until we build it in, it will not happen.

Docteur Wilson, je vous félicite d'avoir résisté à employer le vieux dicton banal «Le médecin pratiquant seul est une espèce en danger», mais vous avez tout dit, sauf ça.

Dr Wilson: J'ai dit ça aussi.

Le sénateur Keon: Je le savais. J'attendais que vous le disiez, mais vous ne l'avez pas dit. Si on vous donnait un mandat pour le changement, avec la responsabilisation, l'argent pour le financer, sachant qu'il n'y aurait aucun financement subséquent et qu'à la suite du changement vous auriez à vivre avec les meilleures parties et devriez laisser aller les moins bonnes parties, comment concevriez-vous votre système pour le faire fonctionner?

Dr Wilson: J'introduirais un système combiné pour gérer et financer les soins de santé primaires. Je suis peut-être naïf. Je commencerais avec une proposition à la profession d'un rééquilibrage selon ces principes. Je crois qu'en Colombie-Britannique, nous dépensons environ 600 millions de dollars par an en paiements directs aux médecins généralistes. Je diviserais ça en deux fonds: l'un, en honoraires de consultation, comme actuellement et l'autre en honoraires de gestion de cas. Si vous n'acceptez que des consultations, c'est tout ce que vous obtenez; et si vous placez le patient sur votre liste, vous obtenez les autres honoraires. Les honoraires de gestion de cas offrent la capitation. Ils impliquent quelques obligations, comme offrir des heures d'ouverture de clinique plus longues, un service téléphonique de 24 heures, le maintien de privilèges d'hôpital, la participation aux comités et toutes les autres choses que nous pensions devoir faire pour être admis dans la profession. J'ajouterais quelques primes pour employer d'autres personnes. Les honoraires de gestion de cas ne permettent que des soins de santé dispensés par le médecin. Toutefois, je pourrais avoir beaucoup plus de patients sur ma liste si j'avais le droit d'employer d'autres professionnels pour m'aider à les traiter. À l'heure actuelle, c'est: «Pas de consultations, pas d'honoraires». La seule manière que j'ai d'attirer des ressources financières dans ma pratique est de voir un autre patient. Si j'avais accès à certaines ressources pour développer la base, je prendrais plus de patients, comme le feraient mes collègues.

Le médecin de famille moyen dans ce pays est âgé d'environ 48 ans. Le groupe des spécialistes présente encore plus de risque en termes d'âge. La dernière partie de ma réponse a trait à l'investissement en immobilisations. L'un des problèmes dans le pays est que nous n'avons jamais été aussi nombreux à être dans la cinquantaine. Nous sommes tous devenus nos pères et nos mères du jour au lendemain, et nous sommes épuisés. Dans quelques cas, nous comptons les jours. Nous nous épuisons. Je ne vois plus le monde comme je le voyais dans les années 70, quand nous puisions tous dans nos poches pour payer les améliorations locatives dans nos propres bureaux et mettre en place les installations physiques, et croyions que sur 30 années nous amortirions nos dettes. Je crois qu'il faudrait également du financement des immobilisations. De mon point de vue, le plus gros problème dans les soins de santé primaires est que nous avons besoin d'un incitatif pour que les fournisseurs prennent plus d'abonnés. Ceci ne se produira pas tant que nous n'aurons pas mis en place de telles mesures.

Senator Keon: Dr. Bates, if somebody gave you authority and the money to make the changes that are necessary to improve your system, what would you do?

Dr. Bates: Are you asking about Aboriginal health in particular?

Senator Keon: Yes.

Dr. Bates: I should just clarify for the committee. I am a family physician and I have been a physician for 25 years. I just wanted to make sure you understood my background. Having worked with people and patients for change over 25 years, I think that the role for that kind of initiative is to look for long-term solutions. Rather than to look for the immediate solutions, we must move towards long-term solutions. That would mean dealing with the complexity of the issues up front, rather than putting simple solutions in place and creating incentives for moving forward at all stages. I think we must create incentives, remove barriers and actually put the action within a framework, a value system, that we hold as a nation. We must tie this into our values in some way.

Different universities and different people have different experiences. The experience in the States, where they have done this extremely effectively, and the experience in New Zealand, where they have also been very effective in addressing these issues, are very different. We need to look at what they have done that has been effective and start moving to those systems, which include preadmission processes and support for Aboriginal people into our system: rather than just focus on having someone in training as a physician. That is the immediate solution, but you have to deal with the long-term issues.

Mr. Fahey: I feel like my area of expertise is not on this point, so I have to defer to my 50-ish colleagues on that issue.

Senator Keon: You raised an extremely important topic. It is one of the areas that holds a solution to our woes. That is, we are not delegating down authority and ability to perform tasks that could be done for a much lesser cost than we are doing them. It is the reverse of what John was talking about. Everybody wants to be president of the university.

Mr. Fahey: Our sense was that some delegation was occurring. However, at least from our perspective, there are some rigidities which are preventing it from happening more often. It certainly can happen more frequently.

The Chairman: The point that Dr. Wilson was making is that you would be glad to do it if there were the incentives and an appropriate compensation arrangement for a group practice, not just physicians, but a group of professionals.

Dr. Wilson: Those arrangements are funded in very rare circumstances in this province. We have had the privilege of having UNBC nursing professors who have to maintain their skills come and do the work for nothing. It is a wonderful foretaste of how it could be.

Le sénateur Keon: Docteur Bates, si quelqu'un vous donnait l'autorité et les fonds pour faire les changements qui sont nécessaires pour améliorer le système, que feriez-vous?

Dr. Bates: Posez-vous cette question au sujet des soins de santé des Autochtones en particulier?

Le sénateur Keon: Oui.

Dr. Bates: Je tiens à préciser au comité, que je suis médecin de famille et que j'exerce ma profession depuis 25 ans. Je voulais juste m'assurer que vous compreniez mes antécédents. Ayant travaillé avec des gens et des patients depuis plus de 25 ans, je crois que le rôle pour cette sorte d'initiative est de chercher des solutions à long terme. Au lieu de chercher des solutions immédiates, nous devons avancer vers des solutions à long terme. Ceci veut dire faire face à la complexité des questions dès le départ, plutôt que de mettre en place des solutions simples et créer des incitatifs pour avancer à toutes les étapes. Je crois que nous devons créer des incitatifs, démanteler les barrières et placer réellement l'action dans un cadre, un système de valeurs, auquel nous croyons comme nation. Nous devons lier cela à nos valeurs d'une certaine manière.

Différentes universités et différentes personnes ont des expériences différentes. L'expérience aux États-Unis, où ils ont fait cela de manière extrêmement efficace, et l'expérience en Nouvelle-Zélande, où ils ont aussi été très efficaces à répondre à ces questions, sont très différentes. Nous devons analyser ce qu'ils ont fait d'efficace et passer à ces systèmes, qui comprennent les procédés de pré-admission et le soutien pour les Autochtones dans notre système, plutôt que de nous concentrer juste sur le fait d'avoir quelqu'un en formation comme médecin. C'est la solution immédiate, mais vous devez traiter des questions à long terme.

M. Fahey: Je ne pense pas avoir compétence pour aborder ce point et je m'en remets ici à mes collègues dans la cinquantaine.

Le sénateur Keon: Pourtant, vous avez soulevé un sujet extrêmement important. C'est l'un des secteurs qui offre une solution à nos malheurs. C'est que nous ne déléguons pas l'autorité et le pouvoir d'exécuter les tâches qui pourraient être exécutées à un coût beaucoup plus inférieur que nos coûts actuels. C'est l'inverse de ce dont John a parlé. Tout le monde veut être le président de l'université.

M. Fahey: Nous avons l'impression qu'une certaine délégation se produisait. Toutefois, de notre point de vue en tout cas, il y a certaines intransigeances qui empêchent cela de se produire plus souvent. Il peut certainement y avoir délégation plus souvent.

Le président: Le Dr Wilson voulait dire que vous seriez contents de le faire s'il y avait des incitatifs et un arrangement de rémunération approprié pour une pratique de groupe, pas uniquement de médecins, mais un groupe de professionnels.

Dr Wilson: De tels arrangements sont financés dans de très rares circonstances dans cette province. Nous avons eu l'avantage d'avoir les professeurs en soins infirmiers de UNBC qui ont maintenu leurs compétences, sont venus chez nous et ont travaillé gratuitement. C'est un avant-goût admirable de ce que qui pourrait exister.

The Chairman: What is the stumbling block? Is the stumbling block the funding?

Dr. Wilson: When I first entered practice I went to the BCMA's half-day seminar for new physicians where I was told that there are three Ps: the patient, the provider and the payer. As long as the triad is satisfied, the system chugs along. There is little impetus for change. The providers have been the proverbial amphibian on the hot plate. The temperature goes up gradually and they do not notice. They are being pushed into insolvency, but they will defend to the death the system that is killing them.

If you look at the variance within the GP profession, that is, how many subscribers are being served and how much income is being generated, you will see that it is very wide. Some individuals are generating a doctor's income with 1,400 people, and others are seeing 3,000. It is the devil we know. As an international example, a colleague from Norway told me that their capitation was unilaterally mandated. As I say, I think pure capitation has problems. They had similar problems to us. The doctors were disappearing into the woodwork, doing a little of this and a little of that and still paying the bills, but the population was not being served. He told me that they set 1,500 citizens as a full time equivalent.

The Chairman: "They" being the government?

Dr. Wilson: "They" are the government or the medical association. I do not know how much brute force was involved or whether the people affected were willing. He said that, in serving a population similar to B.C., 4 million, 600 FTE family physicians appeared out of the woodwork. I know for a fact that if you count the numbers and divide them, because we do not train as many, we do not have anything like that kind of slack in our system. We do have a lot of providers. For example, 77 people in my community could be described as general practitioners. My familiarity with how medicine is practiced tells me that we are about 44 FTEs out of 70-odd individuals. While we wait for the new people to become qualified and for new systems to delegate the work to others, I think we could be getting more productivity out of our workforce.

The Chairman: Do you mean by changing the system?

Dr. Wilson: Yes. It is not the answer to saving all the cash. I hasten to add, because I do not think there is that much slack. The other jobs people are doing are important jobs. We do need a palliative care consultant, we do need a geriatric leader, and we do need WCB physicians. We need to "rejig" things. What we have now is not working.

Senator Roche: Dr. Cairns, there are 1,580 medical graduates per year. The entry class has 1,900 students. I assume that all the places in entry classes are filled. That is the capacity, right?

Dr. Cairns: Yes.

Le président: Quel est l'obstacle? Est-ce le financement?

Dr. Wilson: Quand j'ai commencé à pratiquer, je suis allé au séminaire d'une demi-journée du BCMA pour les nouveaux médecins où on m'a dit qu'il y a trois P: le patient, le pourvoyeur et le payeur. Tant que la triade est heureuse, le système fonctionne. Il y a peu d'incitation au changement. Les pourvoyeurs ont été les amphibiens proverbiaux sur la sellette. La température monte progressivement et ils ne le constatent pas. Ils sont poussés à la faillite, mais ils défendront jusqu'à la mort le système qui les tue.

Si vous regardez les écarts à l'intérieur de la profession de médecin généraliste, c'est à dire, combien d'abonnés sont servis et quel revenu est généré, vous verrez qu'ils sont énormes. Certains individus produisent un revenu de médecin avec 1 400 personnes, et d'autres en voient 3 000. C'est le démon que nous connaissons. Comme exemple international, un collègue de Norvège m'a dit que leur capitation était mandatée unilatéralement. Comme je dis, je crois que la capitation pure présente des problèmes. Ils ont des problèmes semblables aux nôtres. Les médecins disparaissaient dans la nature, faisant un peu de ceci et de cela, tout en continuant à payer leurs factures, mais la population n'était pas servie. Il m'a dit qu'ils ont fixé à 1 500 citoyens l'équivalent temps plein (ETP).

Le président: «Ils», est-ce le gouvernement?

Dr. Wilson: «Ils» c'est le gouvernement ou l'association médicale. Je ne sais pas combien de force brute a été employée ou si les gens affectés étaient d'accord. Il a dit que pour servir une population similaire à celle de la Colombie-Britannique, 4 millions, 600 médecins de famille EPT sont sortis de nulle part. Je sais de fait que si vous comptez les nombres et les divisez, parce que nous n'en formons pas autant, nous n'avons pas ce genre de mou dans notre système. Nous avons un grand nombre de fournisseurs. Par exemple, 77 personnes dans ma communauté pourraient être décrites comme les médecins généralistes. Ma connaissance de la manière dont la médecine est pratiquée me dit que nous sommes environ 44 ETP parmi 70 personnes, tous les groupes confondus. Pendant que nous attendons que les nouveaux deviennent qualifiés et que les nouveaux systèmes de délégation de travail aux autres soient en place, je crois que nous pourrions tirer plus de productivité de notre main-d'oeuvre.

Le président: Voulez-vous dire en changeant le système?

Dr. Wilson: Oui. Ce n'est pas la réponse pour épargner tout l'argent comptant, je m'empresse d'ajouter, parce que je ne crois pas qu'il y a beaucoup de mou. Les autres tâches que les autres gens font sont importantes. Nous avons besoin d'un conseiller en soins palliatifs, nous avons besoin d'un chef de la gériatrie, et nous avons besoin de médecins en accidents du travail pour la Commission des accidents du travail. Nous avons besoin de «rebalancer» les choses. Ce que nous avons actuellement ne fonctionne pas.

Le sénateur Roche: Docteur Cairns, il y a 1 580 diplômés en médecine par année. La classe d'entrée compte 1 900 élèves. Je présume que toutes les places dans les classes d'entrée sont remplies. C'est la capacité, n'est-ce-pas?

Dr. Cairns: Oui.

Senator Roche: How many applications are there for the 1,900 spots?

Dr. Cairns: The 1,900 versus 1,580 is an unstable state and reflects the fact that it is very new for there to be any increase. In about four years the number of graduates will again equal the number of entrants. There is virtually no loss during medical school. Whatever number you bring in is almost the number you graduate. On average, the loss is about one per cent, and it is usually the result of problems other than academic inability.

Senator Roche: What is the number of applications for the 1,900 spots?

Dr. Cairns: It is about six to one across the country. It is very high. Ours are particularly high in British Columbia where we have half as many first-year positions per capita as any other province in the country.

Senator Roche: Are you taking the top academic achievers?

Dr. Cairns: We take who we think are the very best qualified students who have already met high academic standards in terms of their marks and their performance on the medical college admission test. Beyond that hurdle, we then put about half our emphasis on the marks and the other half on a number of features that we think are other key ingredients of successful practitioners.

Senator Roche: The problem, clearly, is not that not enough young people want to be doctors.

Dr. Cairns: You are right.

Senator Roche: Let us leave aside for the moment the problems they face once they become doctors.

The Chairman: Like politicians, they do not know what they are getting into.

Senator Roche: We are graduating 1,580 doctors. Six times as many young people want to be doctors and they cannot get into medical schools. We need 2,500 doctors per year to meet the growing demands. Clearly we have a problem. Mr. Chairman, we should get those figures across to the public and to the government.

Why are there insufficient entry-level places in the schools? Is it the fault the major-domos of the medical schools? I am in great company here with former deans of medical schools. Are they making the decision? Is it the fault of the provincial governments that are running it? Are they not providing sufficient funding? Is it because the federal government is not putting enough core money into the development of the profession?

Dr. Cairns: It certainly is not the medical schools.

Senator Roche: Do the medical deans or the presidents want more?

Le sénateur Roche: Combien y a-t-il de candidats pour les 1 900 places?

Dr Cairns: Le nombre de 1 900 par opposition au nombre de 1 580 est un état instable et reflète le fait que c'est très nouveau d'avoir quelque augmentation que ce soit. Dans quatre ans environ le nombre de diplômés égalera encore une fois le nombre de candidats. Il n'y a pratiquement aucune perte pendant les études en médecine. Le nombre qui entre est environ le nombre qui obtient un diplôme. En moyenne, la perte est d'environ 1 p. 100, et c'est habituellement le résultat de problèmes autres que scolaires.

Le sénateur Roche: Quel est le nombre de candidats pour les 1 900 places?

Dr Cairns: C'est environ six pour un à travers le pays. C'est très élevé, surtout élevé en Colombie-Britannique où nous avons la moitié plus de places de première année per capita que toute autre province au pays.

Le sénateur Roche: Prenez-vous ceux qui ont les meilleurs résultats scolaires?

Dr Cairns: Nous prenons ceux que nous croyons être les élèves les mieux qualifiés, qui ont déjà atteint de hauts standards scolaires en matière de notes et de résultats à l'examen d'admission du collège de médecine. Au-delà de cette épreuve, nous mettons environ la moitié de l'importance sur les notes et l'autre moitié sur un certain nombre de caractéristiques que nous croyons être d'autres éléments clés dans la réussite des praticiens.

Le sénateur Roche: Le problème, évidemment, n'est pas qu'il n'y a pas assez de jeunes gens qui désirent devenir médecins.

Dr Cairns: Vous avez raison.

Le sénateur Roche: Laissons de côté pour le moment les problèmes qu'ils affrontent une fois qu'ils deviennent médecins.

Le président: Comme les politiciens, ils ne savent pas dans quoi ils se lancent.

Le sénateur Roche: Nous formons 1 580 médecins. Six fois plus de jeunes gens désirent devenir médecins et ils ne peuvent entrer dans des écoles de médecine. Nous avons besoin de 2 500 médecins par an pour répondre à la demande croissante. Il est évident que nous avons un problème. Monsieur le président, nous devrions bien communiquer ces chiffres au public et au gouvernement.

Pourquoi n'y a-t-il pas un nombre suffisant de places de niveau d'entrée? Est-ce la faute des dirigeants des écoles de médecine? Je suis en bonne compagnie ici avec des anciens doyens d'écoles de médecine. Prennent-ils les décisions? Est-ce la faute des gouvernements provinciaux qui mènent la barque? Ne fournissent-ils pas un financement suffisant? Est-ce parce que le gouvernement fédéral ne met pas assez de fonds de base dans le développement de la profession?

Dr Cairns: Ce ne sont certainement pas des écoles de médecine.

Le sénateur Roche: Est-ce que les doyens en médecine ou les recteurs en veulent davantage?

Dr. Cairns: Yes. They feel they have a national mission. I am not sure we need more in order for our own interests in any sense, but there is a social obligation to produce sufficient positions for Canada's needs.

Senator Roche: The problem does not lie with the schools.

Dr. Cairns: No. Occasionally, the problem has been at a professional level. These things swing back and forth. In the past there has been the perception that there are too many doctors. We have not been anywhere near that for a good many years. Almost nobody practicing in the country these days would say that, although that has not always been the case.

Senator Roche: Does the fault lie with government?

Dr. Cairns: The fault is that of the people of the country.

Senator Roche: That is pretty amorphous. I am people and I do not really get it.

Dr. Cairns: Whose fault is it? Perhaps the case has not been made adequately, but to me the case is very evident. We think of ourselves as a leading western nation. We think that other nations should educate close to half the doctors we need in this country. It is an untenable stance.

Senator Roche: I will touch on the 900 figure in a minute. Whose fault is it? Is it the fault of the provincial governments or the federal government? Is that the core problem that this committee has to address?

Dr. Cairns: In the first analysis you could say it is provincial in that they fund the universities that produce these students. This is a national problem. We are looking at a problem of providing health professionals, in this case physicians, across the country, to operate our health care systems. We need mobility, and we have that in terms of training people across the country. They get the best experiences, and then they go on to the best circumstances in terms of practice and choose where they want to live. We are facing a problem across the entire country. We need federal leadership in addressing this. This is a problem of government. "Government" is the people. It is a shared responsibility between federal and provincial governments. Some of the complexities, such as who funds what, the constitutional issues, and issues of habit, need to be looked into.

Senator Roche: Thank you for saying that.

Mr. Chairman, I do not want to get into a constitutional discussion here. It will exhaust us for the rest of the day. However, I think the committee should make a note of this.

Turning to the figure of 900 that makes up the deficit. Where do most of those 900 come from?

Dr. Cairns: The deficit is 900. We do not find 900 any longer. We are dropping the ratio of physicians to the population in Canada. Ours is the only western nation where that ratio is falling. In every other nation it is either stable or, as in the case of the U.K., it is rising. We would need to find 900 to keep the ratio

Dr Cairns: Oui. Ils estiment qu'ils ont une mission nationale. Je ne suis pas certain que nous ayons besoin de plus pour notre propre intérêt en un sens, mais il y a une obligation sociale de produire suffisamment de places pour les besoins du Canada.

Le sénateur Roche: Le problème ne réside pas dans les écoles.

Dr Cairns: Non. Parfois, le problème a été à un niveau professionnel. Il y a un mouvement de balancier. Dans le passé, on a eu une perception qu'il y avait trop de médecins. C'est loin d'être le cas depuis bien des années. Presque personne qui pratique dans le pays aujourd'hui ne le dirait, bien que cela n'ait pas toujours été le cas.

Le sénateur Roche: Est-ce la faute du gouvernement?

Dr Cairns: C'est la faute des gens du pays.

Le sénateur Roche: C'est fort ambigu. Je fais partie des gens et je ne comprends pas vraiment.

Dr Cairns: À qui la faute? Peut-être que le cas n'a pas été présenté adéquatement, mais pour moi le cas est très clair. Nous nous considérons comme un pays occidental d'avant-garde. Nous croyons que d'autres pays devraient former près de la moitié des médecins dont nous avons besoin dans notre pays. C'est une position intenable.

Le sénateur Roche: Je parlerai du nombre 900 dans une minute. À qui la faute? Est-ce la faute des gouvernements provinciaux ou du gouvernement fédéral? Est-ce le principal problème que ce comité ait à considérer?

Dr Cairns: En première analyse, vous pourriez dire que c'est le provincial, en ce qu'il finance les universités qui produisent ces étudiants. C'est un problème national. Nous faisons face à un problème de l'offre en professionnels de la santé, dans le cas des médecins, à travers le pays, pour faire fonctionner nos systèmes de soins de santé. Nous avons besoin de mobilité, et nous l'avons en termes de formation à travers le pays. Ils obtiennent la meilleure expérience, puis ils peuvent aller vers les meilleures situations en matière d'exercice et choisir où ils veulent vivre. Nous affrontons un problème dans tout le pays. Nous avons besoin du leadership fédéral pour faire face à cela. C'est un problème de gouvernement. «Le gouvernement», c'est les gens. C'est une responsabilité partagée entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux. Certains des problèmes complexes, par exemple qui finance quoi, les questions constitutionnelles, et les questions de coutume, doivent être étudiées.

Le sénateur Roche: Merci d'avoir dit cela.

Monsieur le président, je ne veux pas m'engager dans une discussion constitutionnelle ici. Cela nous épuiserait pour le reste de la journée. Toutefois, je crois que le comité devrait en prendre note.

Revenons au nombre de 900 qui constitue le déficit. D'où proviennent la majorité des 900?

Dr Cairns: Le déficit est 900. Nous ne parvenons plus à le combler. Nous laissons chuter la proportion de médecins par rapport à la population au Canada. Le nôtre est le seul pays occidental où cette proportion est en baisse. Dans chaque autre pays, elle est soit stable soit en hausse comme dans le cas du

constant. We find somewhere around 400 or 500, so we have a shortfall of about 500 a year.

Senator Roche: Where are they mainly coming from?

Dr. Cairns: They used to come from the U.K., but comparative practice opportunities between the U.K. and Canada are not in favour of Canada any longer. We have people going back to the U.K. We have great difficulty recruiting people from the U.K. at the present time. We look to South Africa. The morality of that is highly questionable: A relatively poor nation, putting tremendous resources into medical education. We are a rich nation and we are expecting South Africa to educate our physicians. We also find them in some parts of Europe.

Senator Roche: Is it right for us, as Canadians, to be depending on developing countries to be training our future doctors when they so desperately need their own?

Dr. Cairns: It is an absolutely immoral stance. It is not only immoral, it has created enormous vulnerability for Canada. Even if we did not consider the morality of it, we have to consider the vulnerable situation in which that places our country. We are completely at the mercy of funding circumstances and medical education initiatives in other countries to supply our needs, and that is an irresponsible national stance.

Senator Roche: I would turn now to the situation respecting our current doctors. Dr. Wilson, would you elaborate on your paper as it relates to the 14 family doctors? You talk about the 14 family doctors in your town who closed their doors, cutting thousands of patients adrift. You used the term, "orphan patients," which is also a phrase we ought to include in our report. You described the pressure of the work, but we all have pressure in our work. Did any or many go to the United States?

Dr. Wilson: Just to clarify, a number left our town. This was an example of a Vancouver suburb, a place where, when I graduated, I could not have gotten into even if I wanted to. Even in the most desirable parts of the country there is a fleeing. It has to do with personal issues. There is a pre-retirement group, who have the 24/7 concern. The most onerous part of my job is the way we carry problems on and on and on. When I see one of my patients I am thinking of the last 20 years, and the next three, and all the crises that may come up. It is my job to carry that ball and resolve the problems. I agree with you, we are well paid. I think it is good job. I am not complaining. If you feel that the burden is unbearable someone will always offer you a job. Fraser Valley Health Region is constantly in touch with us.

Royaume-Uni. Nous aurions besoin de 900 pour maintenir la proportion constante. Nous trouvons quelque part autour de 400 ou 500, donc nous avons une pénurie d'environ 500 par an.

Le sénateur Roche: D'où viennent-ils principalement?

Dr Cairns: Ils provenaient traditionnellement du Royaume-Uni, mais les débouchés comparatifs dans la profession au Royaume-Uni et au Canada ne sont plus en faveur du Canada. Nous avons des gens qui retournent au Royaume-Uni. Nous avons de grandes difficultés à recruter des gens du Royaume-Uni actuellement. Nous avons considéré l'Afrique du Sud. La moralité de cela est hautement suspecte: un pays relativement pauvre, mettant énormément de ressources dans l'enseignement médical. Nous sommes un pays riche et nous comptons sur l'Afrique du Sud pour éduquer nos médecins. Nous les trouvons aussi dans quelques régions d'Europe.

Le sénateur Roche: Est-ce normal pour nous, Canadiens, de dépendre sur les pays en développement pour la formation de nos futurs médecins quand ils ont désespérément besoin de leurs propres médecins?

Dr Cairns: C'est une position absolument immorale. C'est non seulement immoral, mais ceci crée une vulnérabilité énorme pour le Canada. Même si nous ne tenons pas compte de l'aspect moral, nous devons envisager la situation de vulnérabilité dans laquelle ceci place notre pays. Nous sommes totalement à la merci des conditions de financement et des initiatives en matière d'enseignement médical dans d'autres pays pour répondre à nos besoins, et c'est une position nationale irresponsable.

Le sénateur Roche: Je passe maintenant à la situation reliée à nos médecins actuels. Docteur Wilson, voudriez-vous nous en dire plus à propos des 14 médecins de famille mentionnés dans votre mémoire? Vous parlez de 14 médecins de famille dans votre collectivité qui ont fermé leurs portes, laissant des milliers de patients à la dérive. Vous avez employé le terme «patients orphelins», qui est aussi une expression que nous devrions inclure dans notre rapport. Vous avez décrit la pression du travail, mais nous avons tous de la pression dans notre travail. Y en a-t-il parmi eux qui sont allés aux États-Unis?

Dr Wilson: Juste pour clarifier, un certain nombre ont quitté notre collectivité. C'était l'exemple d'une banlieue de Vancouver, un endroit où, quand j'ai obtenu mon diplôme, je ne pouvais même pas m'installer, même si je l'avais voulu. Même dans les endroits les plus désirables du pays il y a des départs. Ceci a quelque chose à voir avec des questions personnelles. Il y a un groupe de préretraite, préoccupé par le 24/7. La partie la plus pénible de mon travail est la manière dont nous laissons traîner indéfiniment les problèmes. Quand je vois l'un de mes patients, je pense aux 20 dernières années, et aux trois prochaines, et à toutes les urgences qui peuvent survenir. C'est mon travail de porter ce fardeau et de résoudre les problèmes. Je suis d'accord avec vous, nous sommes bien rémunérés, je crois que c'est un bon travail, je ne me plains pas. Si vous pensez que le fardeau est insupportable, quelqu'un vous offrira toujours un travail. La Région de soins de santé de la vallée du Fraser est constamment en relation avec nous.

Senator Roche: Were these 14 offered jobs elsewhere?

Dr. Wilson: They took jobs in other places in the system, that is, doing informal work, locums, covering for other doctors. That is another story because there is no coverage if you want to take a break. They work in walk-in clinics, hospitals, with increasing numbers of people for whom they cannot do discharge planning because there is nobody in the community to do general medicine. They are having to hire family doctors to work as hospitalists. What happens to those patients of those doctors? They get orphaned.

Senator Roche: In your reply you have not yet mentioned the United States as a drain.

Dr. Wilson: There is some of that, but most of us like our community and we do not go to other jurisdictions. What I am saying is that there are lots of other options. For example, for my first 12 years my partner was an excellent guy who taught me to be a doctor. He went to work for the WCB full time. He is now the vice-president of medicine for the WCB in B.C. He is poaching our best doctors. He pays them a premium of about 30 per cent over what I get. They have no after-hours responsibility, and no need to tussle with the demands put on us.

Senator Roche: I do not see this as a problem for us to worry about. I consider this the internal dynamics of medicine. You people should sort that out yourselves.

My question is: Is it true or is it not true that Canada is losing doctors to the United States?

Dr. Wilson: It is true. Let me just tell you why it is a problem for us. Every country looking at this is having to sit down and decide what medical services they want to purchase on behalf of their population. The message I am trying to leave with the committee is that, I think, as a core, front line primary care is crucial, particularly in light of our ageing population and the growth of and our ability to mitigate chronic disease. Primary care for people with diabetes, cancer, ischemic heart disease and arthritis is crucial, and in our current laissez faire approach to it, those people are not being served.

Senator Roche: Dr. Cairns does the profession keep any sort of statistics which quantify whether Canadian doctors are, in fact, being siphoned off to the United States?

Dr. Cairns: Yes.

Senator Roche: I wanted to couple that with a second question. Like many other members of our committee, I bring a certain amount of personal experience to the question I ask. I lost my doctor to the United States. I live in Alberta. I asked him why he was going to the United States. He is an experienced doctor. He told me that he was fed up with government regulations and that he could not practice medicine the way he wanted to practice medicine. Is that a common theme across Canada or is it

Le sénateur Roche: Est-ce que ces 14 médecins ont eu des offres d'emploi ailleurs?

Dr. Wilson: Ils ont accepté des emplois dans d'autres endroits du système, c'est-à-dire, faire du travail informel, des remplacements, des services de secours pour d'autres médecins. C'est une autre histoire car il n'y a aucune relève si vous voulez prendre un congé. Ils travaillent dans des cliniques sans rendez-vous, des hôpitaux, avec un nombre grandissant de gens pour lesquels ils ne peuvent planifier de congé parce qu'il n'y a personne dans la communauté pour faire la médecine générale. Ils doivent embaucher des médecins de famille pour travailler comme «hospitalistes». Qu'arrive-t-il aux patients de ces médecins? Ils deviennent orphelins.

Le sénateur Roche: Dans votre réponse, vous n'avez pas mentionné les États-Unis et leur attrait.

Dr. Wilson: Il y a cela en partie, mais la plupart d'entre nous aiment notre communauté et nous n'allons pas ailleurs. Ce que je dis c'est qu'il y a de nombreuses autres options. Par exemple, durant mes 12 premières années, mon partenaire était un excellent individu qui m'a enseigné à être un médecin. Il est allé travailler pour le WCB à temps plein. Il est maintenant le vice-président de la médecine pour le WCB en Colombie-Britannique. Il fait le maraudage de nos meilleurs médecins. Il leur verse une prime d'environ 30 p. 100 au-dessus de ce que moi j'obtiens. Ils n'ont aucune responsabilité après les heures normales, et nul besoin de lutter avec les exigences que l'on nous impose.

Le sénateur Roche: Je ne vois pas cela comme un problème dont nous devrions nous préoccuper. Je le considère comme la dynamique interne du milieu médical. À vous de vous en occuper.

Ma question est: Est-ce vrai oui ou non que le Canada perd des médecins aux États-Unis?

Dr. Wilson: C'est vrai. Laissez-moi juste vous dire pourquoi c'est un problème pour nous. Chaque pays qui analyse cette question doit réfléchir et décider quels services médicaux il veut acheter au nom de sa population. Le message que je tente de laisser auprès du comité est, je crois, comme message central, que les soins de santé primaires de première ligne sont cruciaux, notamment à la lumière du vieillissement de notre population et de notre capacité à atténuer les maladies chroniques. Les soins de santé primaires pour les gens souffrant de diabète, de cancer, de cardiopathie ischémique et d'arthrite sont cruciaux, et avec notre approche actuelle de laissez-faire, ces gens ne sont pas servis.

Le sénateur Roche: Docteur Cairns, est-ce que la profession tient des statistiques quelconques sur le nombre de médecins canadiens qui, de fait, partent aux États-Unis?

Dr. Cairns: Oui.

Le sénateur Roche: J'aimerais relier cela à une deuxième question. Comme plusieurs autres membres de notre comité, j'apporte un certain bagage d'expériences personnelles autour des questions que je pose. J'ai perdu mon médecin en faveur des États-Unis. Je vis en Alberta. Je lui ai demandé pourquoi il allait aux États-Unis. Il est un médecin d'expérience. Il m'a dit qu'il en avait marre de la réglementation gouvernementale et qu'il ne pouvait pas pratiquer la médecine comme il le voulait. Est-ce un

particular to Alberta? Are doctors going to the United States for economic reasons such as lower taxation? Is there a common denominator?

Dr. Cairns: The number is around 400 a year, which is equivalent to 25 per cent of our graduating class. It is substantial. It varies slightly from one year to the next. There are multiple reasons for this. Some of what you mention applies. They all go for a reason, but I do not think it is any single reason. This is an issue in every province.

Senator LeBreton: I have a quick supplementary question on the subject of orphan patients. I would specifically refer to the healthy elderly who need a family doctor but who are not necessarily chronically ill. What kind of a strain — and there are many of them — does that put on the health care system; and where do those people go?

Dr. Wilson: We are working through several phases of this. In the early days, people get episodic care at emergency departments and walk-in clinics. As their chronic conditions, which have the potential to be incapacitating down the road, are neglected because there is no ongoing care, it will cost us. It is inhumane to neglect those people.

Senator LeBreton: To say nothing of the psychological effect on them.

Dr. Wilson: That is right. Canadians are reluctant to move within the country because if they lose their doctor they will not find another one.

Senator Lawson: I am concerned about the extension of family doctors. I might just tell you a short story. A friend of mine who is a little overweight went to his family doctor. He said to the doctor, "I have an earache. Will you check me please?" The doctor said, "Yes, of course. Just take off all your clothes and stand in front of the window." My friend responded to that by saying, "You don't understand, doctor, I just have an earache." The doctor then adamantly said, "No, you don't understand. I hate my neighbours." Is the change in dynamics in the medical profession to do with the loss of patient loyalty as opposed to price cutting and so on? Is that part of it?

I have another reason for asking about this. Just a few weeks ago I talked to a friend of mine, who will be nameless, who was involved in trying to find a solution to the dispute that the doctors had with the government or the government had with the doctors. I asked him if he thought he could reach a settlement. In responding, he reminded me of the old blackball ferry strike in British Columbia when they did not have bargaining rights. He asked me, "Do you remember Premier Bennett asking for your advice?" I said, "Yes, but you started to talk about a strike." He said, "There is no strike. There cannot be a strike." I said, "All right. Let me rephrase that. What about this 'mutiny' you have on your hands?" He said, "I accept that. We are in the midst of a

thème commun au Canada ou est-ce particulier à l'Alberta? Est-ce que les médecins vont aux États-Unis pour des motifs économiques comme les impôts plus faibles? Y a-t-il un dénominateur commun?

Dr Cairns: Le nombre est d'environ 400 par an, ce qui équivaut à 25 p. 100 de notre classe de diplômés. C'est important. Ce nombre varie légèrement d'une année à l'autre. Il y a de multiples raisons à cela. Certaines des choses que vous avez mentionnées s'appliquent. Ils quittent tous pour un motif, mais je ne crois pas qu'il s'agisse d'un seul motif. C'est un problème dans chaque province.

Le sénateur LeBreton: J'ai une brève question supplémentaire au sujet des patients orphelins. Je veux parler précisément des personnes âgées en santé qui ont besoin d'un médecin de famille, qui ne sont pas nécessairement malades. Quel genre de fardeau — et il y en a plusieurs — cela impose-t-il au système de soins de santé? Et où vont ces gens?

Dr Wilson: Nous y travaillons sur plusieurs plans. Au début, les gens obtiennent des soins épisodiques dans des services d'urgence et dans des cliniques sans rendez-vous. Plus leur état chronique, qui a le potentiel d'engendrer l'invalidité plus tard, est négligé parce qu'il n'y a pas de soins continus, plus les coûts seront élevés pour nous. C'est inhumain de négliger ces gens.

Le sénateur LeBreton: Pour ne rien dire des conséquences psychologiques pour eux.

Dr Wilson: C'est juste. Les Canadiens hésitent à déménager à l'intérieur du pays parce que s'ils perdent leur médecin, ils n'en trouveront pas un autre.

Le sénateur Lawson: Je suis préoccupé par la disparition des médecins de famille. J'ai une petite anecdote. Un de mes amis qui souffre d'un peu d'embonpoint est allé chez son médecin de famille. Il a dit au médecin: «J'ai mal à l'oreille. Voudriez-vous m'examiner s'il vous plaît?» Le médecin répondit: «Oui, bien sûr. Déshabillez-vous et tenez-vous devant la fenêtre.» Mon ami a répondu à ça en disant: «Vous ne comprenez pas, docteur, j'ai seulement un mal d'oreille.» Le médecin a alors déclaré sur un ton intransigeant: «Non, c'est vous qui ne comprenez pas. Je déteste mes voisins.» Est-ce que le changement de dynamique dans la profession médicale a quelque chose à voir avec la perte de loyauté des patients par opposition à la réduction du prix et ainsi de suite? Est-ce que cela en fait partie?

J'ai un autre motif pour demander cela. Il y a à peine quelques semaines j'ai parlé à un de mes amis, qui gardera l'anonymat, qui était impliqué dans la recherche d'une solution à la querelle entre les médecins et le gouvernement. Je lui ai demandé s'il croyait pouvoir en arriver à une entente. En répondant, il m'a rappelé la vieille grève des traversiers en Colombie-Britannique à l'époque où ils n'avaient pas de droits de négociation. Il m'a demandé: «Vous souvenez-vous que le premier ministre Bennett vous a demandé de le conseiller?» J'ai dit: «Oui, mais vous avez commencé à parler d'une grève.» Il a dit: «Il n'y a pas de grève. Il ne peut pas y avoir de grève.» J'ai dit: «Ça va. Laissez-moi reformuler. Qu'en est-il de cette mutinerie que vous avez sur les

medical mutiny here in British Columbia.” I responded that I thought those were pretty serious words.

I get a feeling there is a breakdown in communication between the doctors and the government, that there is a feeling amongst the doctors that, if they are being listened to, they are not being heard; and that the government does not think that they have any role to play in any redesign of primary care. I am referring to the suggestions you have made here to make it more efficient, to generate more revenue or so on. In some cases there is a feeling that they just do not care and that is why we have what seem to be outbreaks of hostility all across the province from time to time. Is that something you can comment on?

Dr. Wilson: There is blame enough to go all around. As to some of the concerns about hierarchy and being hardnosed and so on, the B.C. Medical Association, in the document released just this past summer, came up with 48 recommendations regarding redesigning primary care along the lines we have suggested. Collaborative practice amongst doctors and with other providers and rejigging the payment scheme is the official policy of the medical association now, so I think that is enormous progress. I think we are on the cusp. There is a tension in all three Ps, the payer, the provider and the patient. Everybody is in a panic. We see the whole system disintegrating. If we can seize that moment and do something that integrates and gives us something we can afford, that would be great.

The other risk is that the providers and the patients will go off by themselves, and a \$90 billion system will become a \$130,000 or a \$140,000 system because we will be trying desperately to buy the services we need in whatever way we can cobble together. That is the real risk.

The Chairman: I would thank you all for being here today.

Senators, our next witness is Dr. Brian Day, founder of the Cambie Surgery Centre, which is a private surgery clinic in Vancouver.

Dr. Day, thank you for coming. What we need to hear from you is not so much the argument of why private clinics are good, from your point of view, but how you fit into the system, what kind of patients you have, and what the overall reaction to your clinic is. Four days ago, when we were in Manitoba, we found out that there were a number of private clinics there which we did not know existed. We want to know how your clinic works in relation to the overall system, and we would like to get into a discussion with you about the evolution in this area.

Dr. Brian Day, Founder, Cambie Surgery Centre: I have prepared something for you which is taken from a talk that I give every now and then on private health care to people who want to

bras?» Il a dit: «J'accepte ça. Nous faisons face à une mutinerie médicale ici en Colombie-Britannique». J'ai répondu que selon moi, il tenait là des propos très graves.

J'ai l'impression qu'il y a une rupture dans les communications entre les médecins et le gouvernement, qu'il y a un sentiment parmi les médecins que bien qu'on les écoute, on ne les entend pas; et que le gouvernement ne croit pas qu'ils ont quelque rôle à jouer dans la reconception des soins de santé primaires. Je veux parler des suggestions que vous avez faites ici pour les rendre plus efficaces, générer plus de revenus et ainsi de suite. Dans certains cas, il y a une impression qu'ils ne s'en soucient pas et c'est pourquoi nous avons ce qui semble être un déclenchement d'hostilités dans toute la province de temps à autre. Avez-vous des observations là-dessus?

Dr Wilson: Il y a assez de blâme pour le distribuer un peu partout. En ce qui a trait à certaines préoccupations au sujet de la hiérarchie et d'être dur et ainsi de suite, l'Association médicale de la Colombie-Britannique, dans le document publié tout juste l'été dernier, a énoncé 48 recommandations portant sur la reconception des soins de santé primaires selon les mêmes grandes lignes que nous avons suggérées. L'Association préconise officiellement aujourd'hui la pratique concertée entre médecins et autres fournisseurs et l'adaptation du mécanisme de rémunération. Je crois que c'est un là un progrès énorme. Je crois que nous sommes à un tournant. Il y a de la pression sur les trois P, payeur, pourvoyeur et patient. Tout le monde est en état de panique. Nous voyons le système au complet se désintégrer. Si nous pouvons profiter du moment et faire quelque chose que nous pouvons intégrer et qui nous donne quelque chose que nous pouvons nous payer, ce serait formidable.

L'autre risque est que les pourvoyeurs et les patients partiront eux-mêmes, et qu'un système de 90 milliards de dollars deviendra un système de 130 000 \$ ou 140 000 \$ parce que nous tenterons désespérément d'acheter les services dont nous avons besoin et raffaïoler. C'est là le vrai risque.

Le président: Je vous remercie tous d'être ici aujourd'hui.

Sénateurs, notre témoin suivant est le Dr Brian Day, fondateur du Cambie Surgery Centre, qui est une clinique chirurgicale privée de Vancouver.

Docteur Day, merci d'être venu. Ce que nous avons besoin d'entendre de vous n'est pas tant la raison qui fait que, de votre point de vue, les cliniques privées sont bonnes, mais plutôt la place que vous occupez dans le système, la sorte de patients que vous avez, et quelle est la réaction globale face à votre clinique. Il y a quatre jours, quand nous étions au Manitoba, nous avons constaté qu'il y avait un certain nombre de cliniques privées dont nous n'avions pas connaissance. Nous désirons savoir comment votre clinique fonctionne par rapport à l'ensemble du système, et nous aimerions avoir avec vous une discussion sur l'évolution de ce secteur.

Dr Brian Day, fondateur, Cambie Surgery Centre: J'ai préparé quelque chose pour vous, que j'ai extrait d'un exposé que je fais de temps à autre sur les soins de santé privés aux personnes

listen. I will not read that, but I hope you take the time to go through it. You will need glasses to read it.

I will briefly tell you how we got into this. I am an orthopaedic surgeon. I have one of the biggest practices in British Columbia and I am a clinician. I am also what one would call an academic orthopaedic surgeon. I give lots of lectures and I teach. I am out of the country about three months a year lecturing and teaching. I am not just a private, for-profit entrepreneur.

About six or seven years ago we decided to build a private facility. It is actually a hospital. We call it a private clinic for political reasons. It is a hospital. It provides overnight stays: it is licensed by the City of Vancouver as a hospital, and it is a post-disaster facility for the province. We built it in the middle of the tenure of perhaps the most left-wing government that Canada ever saw. We have had 10 years of an NDP government. We did that for one reason and one reason alone. That is we, as physicians, were being deprived access to the public system. There was a choice: either we left the country to do our work; or we stayed and did something about it.

I will give you my own personal statistics. Ten years ago I had 17 hours of operating room time a week at the University Hospital. Six or seven years ago that was down to five and a half hours a week, and yet my practice, by volume of patients, stayed the same. I had, at one time, 360 patients waiting for surgery at that hospital, which was not accessible. This led to many problems. It led to a lot of doctors leaving. I had previously been the chairman of the Royal College of Surgeons of Canada's test committee in orthopaedics in charge of setting exams and graduating residents in orthopaedics. Of the last 16 residents that we trained in British Columbia, five are still in Canada. This is a real problem for specialists. We built this clinic because we had a choice of having nowhere to work or build a private facility. A poll of the 100 specialists who work at our facility indicates that between 35 and 40 would not be in British Columbia if it were not for our facility. I will explain why.

We have been able to go out and develop contracts with secondary paying agencies like the Workers Compensation Board, the RCMP and many other secondary insurers. In B.C. tourism is a very big industry. We treat a lot of Germans, American and Japanese tourists who ski here. We treat a lot of people off the cruise ships in the summer. We have a ludicrous situation here and it is that, if you are a Canadian skiing at Whistler and you hurt yourself and need a knee operation, you will wait between six and 18 months to see one of the doctors who specialize in that area. Then you will wait another six to 12 months to be admitted to hospital for treatment. If you are from Japan or Germany or the States, you can see a doctor and be treated within a few days. This, to me, is the legacy of the Canada Health Act.

que cela intéresse. Je ne vous lirai pas le texte, mais j'espère que vous prendrez le temps de le parcourir. Vous aurez besoin de lunettes pour le lire.

Je vais vous dire brièvement comment nous en sommes arrivés là. Je suis orthopédiste. J'ai l'une des plus grandes clientèles en Colombie-Britannique et je suis clinicien. Je suis aussi ce qu'on appelle orthopédiste universitaire. Je donne quantité de conférences et j'enseigne. Je suis à l'étranger environ trois mois par année pour donner des cours et enseigner. Je ne suis pas uniquement le chef d'une entreprise privée à but lucratif.

Il y a environ six ou sept ans, nous avons décidé de construire un établissement privé. C'est en fait un hôpital. Nous l'appelons clinique privée pour des raisons politiques. C'est un hôpital. Il accueille les patients pour la nuit; il est autorisé par la Ville de Vancouver en tant qu'hôpital, et il est classé établissement d'urgence en cas de catastrophe par la province. Nous l'avons construit en plein mandat du gouvernement peut-être le plus à gauche que le Canada ait jamais connu. Nous avons eu 10 ans de gouvernement NPD. Nous l'avons fait pour une seule et unique raison. C'est que nous, en tant que médecins, étions privés d'accès au réseau public. De deux choses l'une: ou bien nous quittons le pays pour faire notre travail; ou bien nous restions et prenions les choses en main.

Je vais vous donner mes propres statistiques privées. Il y a dix ans, j'avais 17 heures de salle d'opération par semaine à l'Hôpital universitaire. Il y a six ou sept ans, c'était tombé à cinq heures et demie par semaine, et pourtant ma clientèle, en nombre de patients, était restée la même. J'avais, à un moment, 360 patients en attente de chirurgie à cet hôpital qui n'était pas accessible. Cette situation a entraîné de nombreux problèmes. Elle a amené un grand nombre de médecins à partir. J'avais antérieurement été président du Comité des examens d'orthopédie du Collège royal des chirurgiens du Canada, chargé de l'organisation des examens et de la remise des diplômes aux résidents en orthopédie. Sur les 16 derniers que nous avons formés en Colombie-Britannique, il en reste cinq au Canada. C'est un vrai problème pour les spécialistes. Nous avons construit cette clinique parce que c'était le choix entre avoir nulle part où travailler ou construire un établissement privé. Un sondage auprès des 100 spécialistes qui travaillent à notre institution indique qu'entre 35 et 40 ne seraient pas en Colombie-Britannique si notre clinique n'existait pas. Je vais vous expliquer pourquoi.

Nous avons pu aller chercher et conclure des contrats avec des organismes de couverture secondaire comme la Commission des accidents du travail, la GRC et beaucoup d'autres assureurs secondaires. En Colombie-Britannique, le tourisme représente une activité économique très importante. Nous traitons un grand nombre de touristes allemands, américains et japonais qui viennent skier. Nous traitons un grand nombre de personnes des bateaux de croisière en été. La situation est ridicule: si vous êtes Canadien et que vous vous blessez en ski à Whistler, et si vous avez besoin d'une opération au genou, vous attendrez entre six et 18 mois pour voir un des médecins spécialistes. Puis vous attendrez encore six à 12 mois pour être admis à l'hôpital pour traitement. Si vous venez du Japon, d'Allemagne ou des États-Unis, vous pourrez voir un docteur et être traité en quelques

If you look through what I have given you to read, you will realize that I am no great fan of the Canada Health Act.

The Chairman: I gathered that from flipping through your overview.

Dr. Day: I am sorry I missed Mr. Dave Barrett's presentation but I know exactly what he said. The Canada Health Act achieves the reverse of what it was set out to do. In fact, the people from lower social economic groups, people who do not have the ability to pick up the telephone and make a phone call, people who do not know how to wheel their way around the system are the ones who suffer in a system like this. I have read your recent report, so I know you are aware of this. It is the kind of system that existed in the former Soviet Union where, if you were on the Central Party Commission, you were treated and, if you were a peasant, you did not. I hate to put it in those terms, but it is almost that bad now. The people who are suffering the most are those who have the least ability to work their way around the system that we have as a legacy of the Canada Health Act.

I think that many of the people who make presentations to this group will also appear before the Romanow commission. Some of them are trying to influence public policy for their own end. For instance, I know that that CUPE spent many millions of dollars on a propaganda campaign with respect to Bill 11 in Alberta, and it succeeded. Bill 11, contrary to what many people think, has essentially stopped the development of any private facilities in Alberta. It has done the opposite of what it was originally set out to achieve. We, for instance, would consider expansion into any province in this country except Alberta because of Bill 11. That is because Klein gave into a propaganda campaign that was heavily financed.

Our budget for advertising and promotion last year in our facility was \$500. We are not out there lobbying and trying to persuade people that private health care is the best. I think that, like most doctors in Canada, if the public system could provide patient care in the way that it should, or promises to do so, then there would be no need for a private system.

This is now an economic reality. We used to debate the politics of health care, the legal aspects of the Canada Health Act. Incidentally, we have had three legal opinions, including one from a lawyer I regard as Canada's top constitutional lawyer, that the Canada Health Act, in the circumstances of today, is unconstitutional. It is very important that people accept that this is now an act that is based on principles that were formulated in 1964, a time when there were no MRIs, no CT scans, no transplants and so on and so on. It is just not realistic for today.

jours. Cela, quant à moi, c'est l'héritage de la Loi canadienne sur la santé.

Si vous examinez ce que je vous ai donné à lire, vous réaliserez que je ne suis pas un grand admirateur de la Loi canadienne sur la santé.

Le président: C'est ce que j'avais compris en parcourant votre communication.

Dr Day: Je suis désolé d'avoir manqué la présentation de M. Dave Barrett, mais je sais exactement ce qu'il a dit. La Loi canadienne sur la santé aboutit à un résultat contraire au but visé. En fait, les membres de groupes socio-économiques défavorisés, les gens qui ne sont pas capables de prendre le téléphone et d'appeler, les gens qui ne savent pas comment se débrouiller dans le système sont ceux qui souffrent le plus dans un système comme celui-ci. J'ai lu votre récent rapport, et je sais que vous êtes au courant. C'est la sorte de système qui existait dans l'ex-Union soviétique, et dans lequel si vous étiez au Conseil central du parti, on vous soignait et, si vous étiez un paysan, on ne vous soignait pas. Je déteste en parler en ces termes, mais nous en sommes presque là. Les gens qui en souffrent le plus sont ceux qui sont le moins capables de se débrouiller dans le système dont nous avons hérité en vertu de la Loi canadienne sur la santé.

Je pense que beaucoup de gens qui font des présentations à ce groupe comparaitront également devant la Commission Romanow. Certains d'eux cherchent à influencer la politique publique dans leur propre intérêt. Par exemple, je sais que le SCFP a dépensé de nombreux millions de dollars à une campagne de propagande en ce qui concerne le projet de loi 11 en Alberta, et il a réussi. Le projet de loi 11, contrairement à ce que bien des gens pensent, a pratiquement arrêté le développement de tous les établissements privés en Alberta. Il a fait le contraire du but visé initialement. Par exemple, nous serions prêts à nous développer dans n'importe quelle province du pays, sauf en Alberta, à cause du projet de loi 11. C'est parce que Klein a cédé à une campagne de propagande lourdement financée.

L'an dernier, le budget de publicité et de promotion de notre institution a atteint 500 \$. Nous ne passons pas notre temps à convaincre les gens que les soins de santé privés sont les meilleurs. Comme la plupart des médecins au Canada, je pense que, si le réseau public permettait de soigner les patients comme il le devrait, ou comme il promet de le faire, il n'y aurait nul besoin d'un réseau privé.

C'est maintenant une réalité économique. Nous avons l'habitude de discuter de la politique des soins de santé, des aspects juridiques de la Loi canadienne sur la santé. Soit dit en passant, nous avons eu trois opinions juridiques, dont une d'un avocat que je considère comme le meilleur en droit constitutionnel au Canada, établissant que la Loi canadienne sur la santé, dans les circonstances d'aujourd'hui, est inconstitutionnelle. Il est très important que les gens réalisent que c'est maintenant une loi qui repose sur des principes formulés en 1964, à une époque où il n'y avait pas de IRM, de tomodensitogrammes, de transplantations et ainsi de suite. Elle ne convient plus à la réalité d'aujourd'hui.

We are the only country in the world that has no other system. A place like our centre cannot cure the ills of even the British Columbia health system. A place like ours, though, will show accountability, and I think that is where the public system can learn from us, that is, by applying some of those principles that we have applied in the way we run our centre in an efficient, fiscally responsible way without the massive, overbloated bureaucracy that exists in the public system.

I do not want to give a speech, so I will be happy to answer specific questions. I think most of them are answered in this document that you can take away with you.

The Chairman: They are.

When you were talking about your clinic you kept saying "we." Does "we" mean a group of doctors?

Dr. Day: Yes. About 14 doctors invested in this clinic, as well as some businessmen. Of those 14 doctors, 12 have still not paid back any of the loan that they took out six or seven years ago to buy their share in the clinic. It is largely physician-owned.

The Chairman: I know about the Workmens Compensation Board contracts. However, I was surprised to hear you say that you had a contract with the RCMP.

Dr. Day: We do not have a contract with the RCMP.

Various groups are exempt in the Canada Health Act. Those include federal employees such as the RCMP, the Canadian Armed Forces, and people in the federal penal institutions, criminals. We have been approached by the prisons to ask if we can take prisoners because they are on wait lists for surgery.

The Chairman: We are well aware of the exemption for WCB, but I must check and see who the others are. I am not disagreeing with you; I am just saying that I did not know that.

In your remarks regarding Bill 11, you blew me away when you said that you would go to any province in the country other than Alberta. What is it about Bill 11 that would make you say that?

Dr. Day: The evidence is there. When the time came and the offering went out from the various regions in Alberta — I am talking about a year after Bill 11 — there were no applications by any organization or facility to undertake any private health care in Alberta. Largely as a result of lobbying by CUPE, the restrictions and the penalties in the regulations were so severe that nobody bothered to apply.

Contrary to what you may have heard from other people, this is not a big money-making business. I am the largest single shareholder in our centre, and I still drive my 1994 jeep. I am not wealthy. I still have a big mortgage on my house. The facilities that were built, at least in this province, were built because the doctors had a choice. They have skills, they have talent, they have international reputations, but they have nowhere to do their work. That is the simple explanation. The choice was to go south, as

Nous sommes le seul pays au monde à ne pas avoir d'autre système. Un établissement comme le nôtre ne peut même pas guérir les maux du système de santé de Colombie-Britannique. Cependant, un établissement comme le nôtre fait preuve de responsabilité, et je pense que c'est là où le réseau public peut en apprendre de nous, c'est-à-dire, en appliquant certains des principes que nous avons appliqués dans notre façon de gérer le centre, de manière efficace, fiscalement responsable sans l'énorme et lourde bureaucratie qui existe dans le réseau public.

Je ne veux pas vous faire un long discours, et je serai heureux de répondre aux questions précises. Je pense que la plupart d'entre elles trouveront leur réponse dans ce document que vous pouvez emporter.

Le président: Effectivement.

Quand vous parliez de votre clinique, vous avez régulièrement utilisé le mot «nous». «Nous» signifie-t-il un groupe de médecins?

Dr. Day: Oui. Environ 14 médecins ont investi dans cette clinique, ainsi que quelques hommes d'affaires. Sur ces 14 médecins, 12 n'ont pas encore remboursé le prêt qu'ils ont obtenu il y a six ou sept ans pour acheter leur part de la clinique. Elle appartient surtout à des médecins.

Le président: Je suis au courant des contrats avec la Commission des accidents du travail. Mais j'ai été surpris de vous entendre dire que vous aviez un contrat avec la GRC.

Dr. Day: Nous n'avons pas de contrat avec la GRC.

Il y a des exceptions pour divers groupes dans la Loi canadienne sur la santé. Notamment, les fonctionnaires fédéraux comme la GRC, les Forces armées canadiennes, et les détenus des institutions pénales fédérales. Nous avons été approchés par les prisons qui nous ont demandé si nous pourrions prendre des prisonniers parce qu'ils sont sur des listes d'attente pour la chirurgie.

Le président: Nous sommes bien au courant de l'exemption pour la CAT, mais je dois vérifier qui sont les autres. Je ne vous contredis pas; je dis seulement que je n'en avais pas connaissance.

Dans vos propos concernant le projet de loi 11, vous m'avez renversé quand vous avez dit que vous iriez dans n'importe quelle province du pays à l'exception d'Alberta. Qu'y a-t-il donc dans le projet de loi 11 pour vous faire dire ça?

Dr. Day: Les faits sont là. Quand le moment est arrivé de publier l'offre pour les diverses régions d'Alberta — je vous parle d'à peu près un an après le projet de loi 11 — il n'y a eu aucune candidature, aucun organisme ou établissement pour la fourniture de soins de santé privés en Alberta. Essentiellement suite au lobbying du SCFP, les restrictions et les pénalités des règlements sont si strictes que personne ne s'est donné la peine de répondre.

Contrairement à ce que vous pouvez avoir entendu dire par d'autres gens, ce n'est pas une activité très lucrative. Je suis le plus gros actionnaire de notre centre, et je conduis toujours ma jeep 1994. Je ne suis pas riche. J'ai encore une grosse hypothèque sur ma maison. Les établissements qui se sont construits, au moins dans cette province, l'ont été parce que les médecins devaient faire un choix. Ils ont les compétences, ils ont le talent, ils ont une réputation internationale, mais ils n'ont nulle part où travailler.

many of our young people are doing, or do something about it. The government had been not able to fix it, so we fixed it. We are now operating and making a profit. I know that is considered a nasty word, but I think that people who criticize that forget that there are 25.000 private, for-profit clinics in this country. Those are your doctors' offices that you go to. The private office where you visit your family doctor is run as a business in a private, for-profit system, exactly the same as we run our facility. We already have, as I know you will know, a private system. Our family practitioners are mostly private; our specialists are mostly private. A surgeon with nowhere to operate is not a viable entity.

Senator St. Germain: Former Premier Dave Barrett and another gentleman appeared before our committee to speak on behalf of the Tommy Douglas Foundation. I asked them why they are so opposed to these particular facilities and yet they are of the opinion that it is all right to take your money and go to the U.S. and spend it on a clinic there. Their response I believe, if I am correct — and if any of the senators find that I am wrong in my statement I am sure they will correct me — was that a private clinic siphons the doctors off from the public system. Do you agree with that?

Dr. Day: It is exactly the opposite. If it were not for our facility, 35 doctors would have left this province. I am referring to top specialists. Imagine a mechanic with thousands of cars to fix and the staff to do it, but the government owns the garage and it will not allow the mechanics and the cars to go into that garage. The mechanic goes out and builds his own garage. That is essentially what we did.

Canada is the only OECD country in the world that does not allow private delivery of surgical services and hospital services as an alternative. We are the only system in the world that believes in a government monopoly.

I would like to ask each of you this question because no one has ever answered it to my satisfaction: If it is okay to spend money on alcohol, on gambling, on tobacco, what is wrong with Canadian citizens being allowed to spend their own after-tax dollars on their own health care? Does anyone have a moral problem with that? If they do, I would like to hear the explanation for that, because I have never heard it.

Whenever I have asked that of a politician, whenever I have asked that in a debate with a Dave Barrett or with somebody else, they have generally said, "Well, that is a good question," and then they have gone on and answered another question I did not ask them. That has been the strategy. There is nothing immoral about spending money on your own health. We do it all the time. It is just that we have kind of selected arbitrarily what is medically necessary and what is not medically necessary.

L'explication est simple. Ils avaient le choix d'aller dans le sud comme le font beaucoup de nos jeunes gens, ou de se prendre en mains. Le gouvernement n'avait pas été capable de réparer les choses, alors nous l'avons fait. Maintenant nous fonctionnons et nous faisons un bénéfice. Je sais que c'est considéré comme un vilain mot, mais je pense que les gens qui critiquent oublient qu'il y a 25 000 cliniques privées à but lucratif dans ce pays. Ce sont les cabinets des médecins où vous allez. Le bureau privé où vous consultez votre médecin de famille est géré comme une entreprise privée, à but lucratif, exactement de la même façon que nous gérons notre établissement. Nous avons déjà, comme je sais que vous allez le savoir, un système privé. Nos généralistes sont essentiellement privés; nos spécialistes sont essentiellement privés. Un chirurgien sans salle d'opération n'est pas une entité viable.

Le sénateur St. Germain: L'ex-premier ministre Dave Barrett et un autre monsieur ont comparu devant notre comité pour y prendre la parole au nom de la Fondation Tommy Douglas. Je leur ai demandé pourquoi ils s'opposaient tant à ces établissements privés alors qu'ils estiment qu'il est correct de prendre son argent et d'aller le dépenser aux États-Unis dans une clinique. Leur réponse, je crois, si je ne m'abuse — et si un des sénateurs trouve que je me trompe, je suis sûr qu'il me corrigera — était qu'une clinique privée siphonne les médecins au détriment du réseau public. Êtes-vous de cet avis?

Dr Day: C'est exactement le contraire. Si ce n'était de notre établissement, 35 médecins auraient quitté la province. Je parle d'éminents spécialistes. Imaginez un mécanicien avec des milliers de voitures à réparer et le personnel pour le faire, mais le gouvernement est propriétaire du garage et il ne laisse pas les mécaniciens et les voitures entrer dans le garage. Le mécanicien part et construit son propre garage. C'est essentiellement ce que nous avons fait.

Le Canada est le seul pays de l'OCDE qui ne permette pas l'option de la distribution privée de services chirurgicaux et hospitaliers. Nous avons le seul système au monde qui croit au monopole gouvernemental.

J'aimerais poser cette question à chacun de vous parce que personne n'y a jamais répondu de façon satisfaisante: s'il est accepté de dépenser son argent en alcool, au jeu, en tabac, pourquoi les citoyens canadiens n'auraient-ils pas le droit de dépenser leurs propres dollars après impôt à prendre soin de leur propre santé? Cela soulève-t-il un problème moral? Si c'est le cas, j'aimerais bien qu'on me l'explique, parce qu'on ne l'a jamais fait.

À chaque fois que je l'ai demandé à un politicien, à chaque fois que je l'ai demandé dans une discussion avec Dave Barrett ou quelqu'un d'autre, on m'a généralement dit, «Eh bien, c'est une bonne question», puis ils ont continué et répondu à une autre question que je n'avais pas posée. C'est leur stratégie. Il n'y a rien d'immoral à dépenser de l'argent sur votre propre santé. Nous le faisons tout le temps. Il est exact que nous avons quelque peu choisi arbitrairement ce qui est médicalement nécessaire et ce qui ne l'est pas.

We have the ludicrous situation, for example, where a lens that is slightly crooked is considered refraction and it is not covered by medicare. You have to buy your own glasses. If it is slightly opaque, that is medically necessary to alleviate the problem. "Medically necessary," a phrase in the Canada Health Act, has never been defined. It certainly has not been defined by any doctor. Each provincial government can interpret it as it likes.

There is no question that we have reached the level where people want everything in unlimited amounts for free; that the system has run out of money; and that we have to start making choices.

In Alberta, in 1999, they tried to have a citizens' forum, a summit on defining core services and what was medically necessary so that the government could consider pouring the assets of health care into the most medically important areas. At the conclusion of the summit, the delegates who represented both public and private and health care, were unanimous in saying that everything was equally important and that they did not want to cut anything out of the health care system. This is something that has to be imposed by government because people will not voluntarily give up something.

In the press yesterday, Colin Hanson announced that routine eye examinations were not going to be covered. There was an uproar on the TV. People were complaining. Essentially what he was saying is that we are going to stop paying for new sets of glasses so that we can pay for your cancer treatment. Somehow that message has to be gotten across, and it has not been gotten across.

Senator St. Germain: It seems that every government tries to out-socialize the next. They look at this as the sacred cow that cannot be touched but now the cow is really in trouble and is at risk of dying.

I have one quick question on user fees. We currently pay user fees for chiropractors and physiotherapists. I believe, in British Columbia, the cost is \$20 for each visit. Do you see anything wrong with that, sir?

Dr. Day: No, I think we must have user fees. You can exempt people on lower incomes. No country in the world — and I have worked in Switzerland, Britain, the United States and Canada, and I have studied this now for 12 or 13 years — does not have user fees. Not one. Of course, there is the possible exemption of Afghanistan or somewhere like that but, of the civilized countries, none is exempt from user fees.

It is like the deductible on your car. If everyone had comprehensive car coverage, every time you scratched your bumper you would take it into the dealer and get a respray and a polish because it would be covered completely. It is human nature that we will take everything for free, if it is offered, in unlimited amounts.

Nous nous retrouvons dans une situation ridicule, par exemple, lorsqu'une lentille est légèrement gauchie, c'est de la réfraction et ce n'est pas couvert par l'assurance-maladie. Vous devez acheter vos propres lunettes. Si c'est légèrement opaque, c'est médicalement nécessaire pour pallier au problème. «Médicalement nécessaire», expression de la Loi canadienne sur la santé, n'a jamais été définie. Ceci n'a certainement pas été défini par un médecin. Chaque gouvernement provincial peut l'interpréter comme bon lui semble.

Il n'y a aucun doute que nous sommes arrivés au point où les gens veulent tout avoir en quantités illimitées pour rien; où le système n'a plus d'argent; et où il va falloir faire des choix.

En Alberta, en 1999, on a essayé de lancer un forum des citoyens, un sommet pour déterminer les services essentiels et ce qui était médicalement nécessaire pour que le gouvernement puisse envisager d'injecter la manne budgétaire des soins de santé dans les secteurs médicalement les plus importants. À la conclusion du sommet, les délégués qui ont représenté les soins de santé publics et privés étaient unanimes pour dire que tout était également important et qu'ils ne voulaient rien retrancher du système de soins de santé. C'est quelque chose qui doit être imposé par le gouvernement parce que les gens n'abandonneront pas volontairement quelque chose qu'ils ont.

Dans la presse d'hier, Colin Hanson a annoncé que les examens de routine de la vue ne seraient plus couverts. Il y a eu une levée de boucliers à la télévision. Les gens se plaignaient. Essentiellement ce qu'il disait était qu'on allait cesser de payer les nouvelles lunettes pour pouvoir payer le traitement du cancer. D'une manière ou d'une autre, il faut que le message passe, et il n'est pas encore passé.

Le sénateur St. Germain: Il semble que chaque gouvernement essaie d'en faire plus que le voisin. Ils considèrent cela comme la vache sacrée à laquelle on ne peut toucher, mais maintenant la vache est vraiment malade et risque de mourir.

J'ai une brève question sur les frais d'utilisateur. Nous payons actuellement des honoraires aux chiropraticiens et aux physiothérapeutes. Je crois, en Colombie-Britannique, qu'il en coûte 20 \$ par visite. Avez-vous des objections à cette pratique, monsieur?

Dr Day: Non, je pense qu'il faut des frais d'utilisateur. On peut dispenser les personnes économiquement faibles. Aucun pays au monde — et j'ai travaillé en Suisse, en Grande-Bretagne, aux États-Unis et au Canada, et j'ai étudié la situation depuis 12 ou 13 ans — ne fonctionne sans frais d'utilisateur. Aucun. Bien sûr, il y a peut-être une exception en Afghanistan ou autre pays du même genre, mais dans les pays civilisés, aucun ne se passe de frais d'utilisateur.

C'est comme la franchise pour votre voiture. Si tout le monde avait une couverture complète sur sa voiture, à chaque fois que vous égratignez votre pare-chocs vous l'amèneriez au garage pour le faire remettre à neuf puisqu'il serait couvert totalement. C'est la nature humaine de vouloir tout avoir gratuitement, si c'est disponible, et en quantités illimitées.

You will be faced with lots of quotations from studies. I used to be editor of a medical journal and one of the jobs of a medical editor, as opposed to an editor of a newspaper or a magazine, is that you have to check every reference that is given to you when someone submits an article to publish. Once you publish in a peer review journal, some people interpret it as fact. You will find quotes from "studies" done in Alberta on cataracts, "studies" published in the *New England Journal of Medicine*, and "studies" published by eminent Harvard professors. I have looked at all of these "studies." I have gone back to the original source and not one have I found where the reference that is now entrenched in the literature is supported. I have heard Allan Rock quote these studies. They are entrenched in the literature because they have been printed in so many newspaper articles, but if you go back to the original quote, look up the reference, in fact they say nothing of the kind. I will just give you one example.

The Canadian Health Coalition, for instance, will quote you the study on cataracts that was done in Alberta when Calgary contracted out cataracts to the private clinics. Lo and behold, the waiting lists are now longer in the private clinics than they were in the public system. However, you must qualify that information. Wendy Armstrong who is head of the Consumers Association of Alberta and, by the way, is a paid consultant for CUPE, did an audit on private clinics a day or two after the region handed all the cataracts to the private clinics, that is, before they had had a chance to treat any patients. The government has also issued quotas. They tell the private clinic that they will pay for five a week. Clearly it is not the private clinic's fault that there are waiting lists, it is because the government is not allowing patients to pay. They are saying we are going to pay for you, but we are only going to pay for five a week, so the waiting list is longer.

Those kinds of editorialized factoids will be given to you, and have been given to you. They are printed and on Web sites, and there are many of them. The same applies to the *New England Journal of Medicine* article that is quoted all the time that talks about studies which indicate that private hospitals in the States cost more than public hospitals. In that study, what they did, effectively, was compare the cost of a hernia repair at the L.A. County Hospital to the same operation done at a Beverly Hills private clinic where patients were provided with limousine service, caviar and wine. You will find a lot of that.

There is one quote in here from the Canadian Health Coalition that I hope you will read with magnifying glasses. They boast about how they bombarded the National Forum on Health Care. It is on the first page of the handout I gave you. They state that they were successful in the National Forum on Health Care in removing any talk of privatization off the table and that they are going to try to do the same with the Romanow commission and with the Senate committee.

On va vous citer bien des études. J'ai été éditeur d'une revue médicale et l'une des fonctions d'un éditeur médical, par opposition à un éditeur de journal ou de magazine, est de vérifier chaque référence qu'on vous donne quand quelqu'un soumet un article à publier. Une fois que vous avez publié dans une revue scientifique, certains considèrent qu'il s'agit de faits indiscutables. Vous allez trouver des citations «d'études» faites en Alberta sur les cataractes, d'«études» publiées dans le *New England Journal of Medicine* et d'«études» publiées par d'éminents professeurs de Harvard. J'ai examiné toutes ces «études». Je suis remonté à la source originale et pas une seule fois je n'ai trouvé la preuve à l'appui de la référence désormais fermement incrustée dans les publications. J'ai entendu Allan Rock citer ces études. Elles sont implantées dans les publications parce qu'elles ont été imprimées dans tant d'articles, mais si vous remontez à la citation originale, si vous examinez attentivement la référence, en fait elle ne dit rien de ce qu'on lui attribue. Je ne vous en donnerai qu'un exemple.

La Coalition canadienne de santé, par exemple, vous citera l'étude sur les cataractes qui a été effectuée en Alberta lorsque Calgary sous-traitait les cataractes aux cliniques privées. Malheureusement, les listes d'attente sont maintenant plus longues dans les cliniques privées qu'elles ne l'étaient dans le réseau public. Toutefois, il faut préciser cette information. Wendy Armstrong, qui est à la tête de l'Association des consommateurs de l'Alberta et, en passant, est une consultante payée par le SCFP, a effectué une vérification des cliniques privées un jour ou deux après que la région ait transféré toutes les cataractes aux cliniques privées, c'est-à-dire avant qu'elles n'aient eu la possibilité de traiter le moindre patient. Le gouvernement a aussi émis des quotas. Ils disent à la clinique privée qu'ils payeront pour cinq par semaine. Il est clair que ce n'est pas de la faute des cliniques privées s'il y a des listes d'attente, c'est parce que le gouvernement ne permet pas aux patients de payer. Ils disent nous allons payer pour vous, mais nous n'allons payer que pour cinq par semaine, pour que la liste d'attente soit plus longue.

Ces sortes de pseudo-faits éditorialisés vous seront donnés, et ont vous été donnés. Ils sont imprimés et disponibles sur l'Internet, et il y en a beaucoup. On peut en dire autant de l'article du *New England Journal of Medicine* qui est cité tout le temps, et qui parle d'études qui indiquent que les hôpitaux privés aux États-Unis coûtent plus cher que les hôpitaux publics. Dans cette étude, ce qu'ils ont effectivement fait, a été de comparer le coût d'une intervention herniaire à l'Hôpital du comté de L.A. avec la même opération faite à une clinique privée de Beverly Hills, où les patients sont transportés par un service de limousine, et ont droit au caviar et au vin. Des études comme celle-là, vous allez en trouver beaucoup.

Il y a ici une citation de la Coalition canadienne de santé et j'espère que vous la lirez avec des lunettes grossissantes. Ils se vantent d'avoir bombardé le Forum national sur les soins de santé. C'est sur la première page du document que je vous ai remis. Ils annoncent qu'ils ont réussi au Forum national sur les soins de santé à éliminer de l'ordre du jour toute discussion sur la privatisation et qu'ils allaient essayer d'en faire autant avec la Commission Romanow et avec le Comité sénatorial.

Senator St. Germain: My doctor happens to be South African as is every doctor I seem to see. Do you have a view of the morality aspect of siphoning off doctors from countries such as South Africa?

Dr. Day: No, because I was born in Liverpool and I came here from Britain in the early 1970s. I think you cannot limit the free movement of doctors any more than you can journalists or any other group. We must make the system attractive enough that doctors will stay here and stay in the workforce. I listened to the dean talking about increasing the size of the medical school. If 25 to 30 per cent of the doctors graduating from medical school or, in the case of our specialists, if 11 out of 16 leave the country, it is not a solution to train 32 so that we will be left with 10. We have to "fix" why they are leaving. They are leaving because we are not offering them access to patient care. We are not offering them access to what is needed for them to perform their profession at the highest levels.

One of the big problems with the public system, as compared to a private facility, is that a patient in the public system, under the funding system in Canada now, uses up the resources of the hospital. Say the Vancouver Hospital is given \$600 million a year. If you go there as a patient or a doctor brings a patient to that hospital, that patient is consuming that hospital's money.

Although a hospital vice-president or president will not admit this, that is not how it used to be. It used to be that a hospital was funded partly based on its performance. There is no reward for productivity in the way we fund our public hospitals. If they are in a crunch for money, they close down. We have a thing in British Columbia called "reduced activity days" when, even though we have one-year or two-year wait lists for surgery, 12 times a year we close the hospitals for what we call "rad" days.

Senator Morin: Your reputation as an orthopaedic surgeon is well known. In fact, Senator Carney just whispered to me that you are one of the leading orthopaedic surgeons in the province.

Senator Carney: Which means in Canada.

Senator Morin: In Canada, of course. I know you are very busy and we certainly appreciate the time you are taking to come here to discuss these aspects of health care.

I would like to talk to you first of all about your clinic. If I understand, you practice both in hospital and in your clinic; am I right?

Dr. Day: That is right, yes.

Senator Morin: We are trying to get a feel of what a private clinic is. It is, in fact, a private hospital, and there are not many in the country. Is there a difference in your practice between the hospital and the clinic? Do you treat the same types of patients?

Le sénateur St. Germain: Mon docteur se trouve être sud-africain comme le sont tous les médecins que je rencontre. Avez-vous une opinion sur l'aspect moral de cette importation de médecins de pays comme l'Afrique du Sud?

Dr Day: Non, parce que je suis né à Liverpool et je suis venu ici de Grande-Bretagne au début des années 70. Je pense qu'on ne peut restreindre la libre circulation des médecins plus que celle des journalistes ou de tout autre groupe. Il faut rendre le système assez attrayant pour que les médecins restent ici, dans la main-d'œuvre active. J'ai écouté le doyen parler d'augmenter la taille de la faculté de médecine. Si 25 à 30 p. 100 des médecins obtenant leur diplôme de la faculté de médecine ou, dans le cas de nos spécialistes, si 11 sur 16 quittent le pays, il ne sert à rien d'en former 32 pour en conserver 10. Il faut «solutionner» le pourquoi de leur départ. Ils s'en vont parce que nous ne leur offrons pas d'accès aux soins hospitaliers. Nous ne leur offrons pas d'accès à ce dont ils ont besoin pour exercer leur profession aux niveaux les plus élevés.

Un des grands problèmes du réseau public, par rapport à un établissement privé, c'est qu'un patient dans le réseau public, en vertu du système actuel de financement au Canada, épuise les ressources de l'hôpital. Disons que l'Hôpital de Vancouver reçoit 600 millions de dollars par an. Si vous y allez vous faire soigner ou si un docteur y amène un patient, celui-ci gruge les fonds de l'hôpital.

Bien qu'un vice-président ou président d'hôpital ne veuille pas l'admettre, il n'en a pas toujours été ainsi. Fut un temps, un hôpital était financé partiellement compte tenu de sa performance. Il n'y a aucune récompense pour la productivité dans la manière dont nous finançons nos hôpitaux publics. S'ils ont des difficultés financières, ils ferment. En Colombie-Britannique, nous avons un système appelé «journées d'activité réduite»; même si nous avons une liste d'attente d'un an ou deux pour la chirurgie, 12 fois par an nous fermons les hôpitaux pour ce qu'on appelle les journées «RAD».

Le sénateur Morin: Votre réputation d'orthopédiste est bien connue. En fait, le sénateur Carney vient de me dire à l'oreille que vous êtes un des meilleurs chirurgiens orthopédiques de la province.

Le sénateur Carney: Ce qui signifie au Canada.

Le sénateur Morin: Au Canada, bien sûr. Je sais que vous êtes très occupé et nous vous sommes reconnaissants du temps que vous avez bien voulu nous consacrer pour discuter ces aspects des soins de santé.

J'aimerais vous parler tout d'abord de votre clinique. Si j'ai bien compris, vous pratiquez à la fois à l'hôpital et dans votre clinique; est-ce exact?

Dr Day: Oui, c'est exact.

Le sénateur Morin: Nous cherchons à comprendre en quoi consiste une clinique privée. C'est, en fait, un hôpital privé, et il n'y en a pas beaucoup dans le pays. Y a-t-il une différence entre votre exercice de la profession à l'hôpital et à la clinique? Traitez-vous les mêmes sortes de patients?

Dr. Day: Yes. Actually. I am often asked why our facility is not targeted by the unions. Let me say right off that I am not an anti-union. I was brought up in a labour party family in Liverpool, a working-class family in Liverpool. My father's best friend was Bessie Braddick who was the MP that Winston Churchill did the "I am drunk but you are ugly" joke about." At least 60 per cent of the patients in our facility are working-class patients.

Senator Morin: What is the situation with respect to your hospital patients?

Dr. Day: They are a cross-section of the population. In our private facility our biggest client is the Workers Compensation Board and we deal with those patients who are injured at work.

Senator Morin: For those who are not part of that group, are your more difficult cases, your sicker patients?

Dr. Day: I see what you mean. No, no. That is another thing that is bandied around: that we skim off the easy stuff.

Senator Morin: So you have the same clinical mix.

Dr. Day: A couple of weeks ago I was asked by a reporter, "Where are you?" I said that I was at UBC doing surgery. He then asked me, "How many operations are being done there today?" There were five operating rooms, with an average of seven in each, so that 35 operations were being done at UBC. All but one of them we could have done at our facility.

Senator Morin: So it is the same clinical mix.

Dr. Day: Yes.

Senator Morin: What is the quality control in your private hospital?

Dr. Day: There are several levels of quality control. One is the physical plant, which is under the City of Vancouver. The second is the College of Physicians and Surgeons of British Columbia. They do an extremely detailed audit of everything that goes on in our facility. They do the random taking out of patient files, they do audits of any patient that has any complication. That has to be reported to the college. If any patient has to be admitted to hospital subsequently, that has to be reported to the college with the file and an explanation, and the records have to be audited by the college. The audit mechanism for patients treated in our facility is far more rigorous than at UBC Hospital; far more.

Senator Morin: You are saying that the quality control is more in-depth than it is in the hospital.

Dr. Day: Yes. Every patient treated at our facility is sent a stamped, addressed envelope with a lottery ticket to win tickets to a hockey game and they are asked to fill in a patient-satisfaction or dissatisfaction questionnaire. We collect those and audit them.

Dr. Day: Oui. En fait, je me suis souvent demandé pourquoi notre établissement n'avait pas été ciblé par les syndicats. Je tiens à préciser d'emblée que je ne suis pas antisyndical. J'ai été élevé dans une famille travailliste à Liverpool, une famille ouvrière de Liverpool. Le meilleur ami de mon père était Bessie Braddick, le député dont parlait Winston Churchill dans sa blague «je suis saoul, mais vous êtes laid». Au moins 60 p. 100 des patients de notre établissement sont des ouvriers.

Le sénateur Morin: Quelle est la situation en ce qui concerne vos patients à l'hôpital?

Dr. Day: Ils constituent une tranche moyenne de la population. Dans notre établissement privé notre principal client est la Commission des accidents de travail et nous nous occupons des patients qui ont été blessés au travail.

Le sénateur Morin: Dans le cas de ceux qui ne font pas partie de ce groupe, vos patients plus malades sont-ils vos dossiers les plus difficiles?

Dr. Day: Je vois ce que vous voulez dire. Non, non. C'est une autre chose qu'on raconte: que nous réservons les cas faciles.

Le sénateur Morin: Alors vous avez le même mélange clinique.

Dr. Day: Il y a quelques semaines, un reporter m'a demandé où j'étais. Je lui ai dit que j'étais à l'université en chirurgie. Alors il m'a demandé: «Combien d'opérations vont y avoir lieu aujourd'hui?» Il y avait cinq salles d'opération, avec une moyenne de sept par salle, ce qui fait 35 opérations pour UBC. Toutes sauf une auraient pu être faites à notre établissement.

Le sénateur Morin: Alors, c'est le même mélange clinique.

Dr. Day: Oui.

Le sénateur Morin: Quel contrôle de qualité appliquez-vous dans votre hôpital privé?

Dr. Day: Il y a plusieurs niveaux de contrôle de qualité. D'abord l'établissement physique, sous la responsabilité de la ville de Vancouver. Ensuite, il y a le Collège des médecins et des chirurgiens de Colombie-Britannique. Ils font une vérification extrêmement détaillée de tout ce qui se passe dans notre établissement. Ils prennent des échantillons aléatoires de dossiers de patients, systématiquement pour les patients ayant des complications. Ils doivent être signalés au Collège. Si un patient doit être hospitalisé par la suite, il doit être signalé au Collège avec transmission de son dossier accompagné d'une explication, et les pièces doivent être vérifiées par le Collège. Le mécanisme de vérification pour les patients traités dans notre établissement est beaucoup plus rigoureux qu'à l'Hôpital d'UBC; nettement plus.

Le sénateur Morin: Vous dites que le contrôle de qualité est plus approfondi qu'à l'hôpital.

Dr. Day: Oui. Chaque patient traité à notre établissement reçoit une enveloppe affranchie préadressée avec un billet de loterie pour gagner des billets pour une partie de hockey. On lui demande de remplir un questionnaire de satisfaction/insatisfaction. Nous les récupérons pour les analyser.

Senator Morin: You say your hospital is more efficient than the publicly owned hospital. Can you give me some more details on that?

Dr. Day: When I came to the Vancouver Hospital in 1973, the hospital was run by one medical director, Dr. Lawrence Renton. Back then, the Vancouver Hospital had children's and obstetrics as well. It was the biggest hospital in the British Commonwealth. He was in charge of the laundry, the ICU and so on. By 1996 we had a president of Vancouver General Hospital, and we had seven vice-presidents, and each one had associates and so on under them. In 2001 we now have a CEO, two presidents, 11 vice-presidents, an endless number of associate vice-presidents and so on and so on.

The problem is decision making. Decision making is not happening in the hospital structure as it is now. It is a bureaucratic nightmare. Everyone is afraid to make a decision because everyone is under the political gun. It is unbelievably inefficient. I think it is the one area where we and the public sector unions would agree: It is very inefficient.

Senator Morin: Putting aside for the moment your patients from the Workmen's Compensation Board, are all your current patients, with the exception of tourists and so forth, medicare patients?

Dr. Day: No. We have patients whose treatment is paid for by insurance companies. I will give you a statistic on the private facilities in B.C. Last year, in wage loss benefits, we saved the Workers Compensation Board \$95 million. The disability insurance companies are in a similar position, and they will pay for workers who were not injured on the job.

Senator Morin: I am trying to deal with the group of patients who are covered by medicare.

Dr. Day: Medicare does not pay for patients in our facility.

Senator Morin: You have no medicare patients at your facility?

Dr. Day: That is correct.

Senator Morin: Is it 100 per cent private, either insurance or WCB?

Dr. Day: Insurance companies such as Canada Life insure you in case you become disabled, and they will pay for you to go to a private facility.

Senator Morin: If you were in Alberta, under Bill 11 — and I understand you have objections to it — you would treat medicare patients.

Dr. Day: Only if the government contracted to send them.

Senator Morin: I realize that.

Le sénateur Morin: Vous dites que votre hôpital est plus efficace que l'hôpital public. Pouvez-vous me donner de plus amples détails à ce propos?

Dr Day: Quand je suis arrivé à l'Hôpital de Vancouver en 1973, l'hôpital était dirigé par un directeur médical, le Dr Lawrence Renton. À cette époque, l'Hôpital de Vancouver faisait également l'obstétrique et la médecine infantile. C'était le plus gros hôpital de tout le Commonwealth. Il était responsable de la buanderie, de l'ICU, et cetera. En 1996, nous avons eu un président de l'Hôpital général de Vancouver, et nous avions sept vice-présidents, chacun avec des adjoints et des adjoints aux adjoints. En 2001, nous avons maintenant un PDG, deux présidents, 11 vice-présidents, un nombre illimité de vice-présidents adjoints et ainsi de suite.

Le problème, c'est la prise de décision. La prise de décision ne peut pas fonctionner avec la structure que nous avons actuellement. C'est un cauchemar bureaucratique. Tout le monde a peur de prendre une décision parce que tout le monde est dans la ligne de mire politique. C'est incroyablement inefficace. Je pense que c'est le domaine dans lequel nous et les syndicats du secteur public serions d'accord: C'est extrêmement inefficace.

Le sénateur Morin: En dehors de vos patients de la Commission des accidents du travail, tous vos patients actuels, à l'exception des touristes, et cetera, sont-ils des patients de l'assurance-maladie?

Dr Day: Non. Nous avons des patients dont le traitement est payé par des compagnies d'assurances. Je vais vous donner une statistique sur les établissements privés en Colombie-Britannique. L'année dernière, en pertes de salaire, nous avons épargné 95 millions de dollars à la Commission des accidents de travail. Les compagnies d'assurance-invalidité se retrouvent dans une situation comparable, et payent pour des travailleurs qui n'ont pas été blessés au travail.

Le sénateur Morin: Je voudrais en savoir plus sur le groupe de patients qui sont couverts par l'assurance-maladie.

Dr Day: L'assurance-maladie ne paye rien pour les patients dans notre établissement.

Le sénateur Morin: Vous n'avez pas de patients de l'assurance-maladie à votre établissement?

Dr Day: C'est exact.

Le sénateur Morin: Il est 100 p. 100 privé, soit assurance, soit CAT?

Dr Day: Les sociétés d'assurances comme Canada Life vous assurent contre l'invalidité, et paient pour que vous alliez dans un établissement privé.

Le sénateur Morin: Si vous étiez en Alberta, en vertu du projet de loi 11 — et je comprends que vous avez des objections contre —, vous traiteriez des patients de l'assurance-maladie.

Dr Day: Seulement si le gouvernement nous les envoyait par contrat.

Le sénateur Morin: Je le comprends.

Dr. Day: There is nothing to stop the government from contracting with private facilities, and they have indicated their intention to do so.

Senator Morin: Would you think that is the way to go, to have patients with medicare that could go to your clinic.

Dr. Day: I do not think our clinic can solve the problems of this system. I feel sorry for anyone who is in administrative health right now because I think I know a lot about this subject and I don't think I could solve it. It has been battered so badly. I think that we can help. We can show the way to better administration. We do not have 11 vice-presidents. Perhaps I do not understand

Senator Morin: My question is, what would prevent you from receiving patients that are from medicare?

Dr. Day: Nothing, except we would have to charge the patients a facility fee.

Senator Morin: Why?

Dr. Day: Our operating rooms and our nurses are paid for by the corporation, the private corporation.

Senator Morin: Let us say you had a contract with the government. Would you have any objection to that?

Dr. Day: No, we would like that.

Senator Morin: You have nothing against the government being the payer?

Dr. Day: No.

Senator Morin: It is the provider part of it that you are interested in.

Dr. Day: That is right. We made an offer to the last government in British Columbia to take patients, for example, for cataract operations. Let us assume that Vancouver Hospital does 1,000 cataract operation a year at a cost of \$1,000 each. That is \$1 million. I am just making up these figures.

Senator Morin: Certainly.

Dr. Day: We offered to do them for, say, \$600,000. We told them to figure out their costs and we said that we would do it for 60 per cent of the cost. I know we can do it for 60 per cent of the cost using the same doctors. We just were contacted by a hospital here this week to consider contracting our services. They ask us how much it is going to cost. I tell them that we will do it for 60 per cent of what it costs them. We do not know what it will cost us. However, that is the problem with the public system.

Senator Morin: Thank you very much.

Senator St. Germain: I have a short supplementary question. Is the government now sending people to private clinics in the States and not sending them to you?

Dr. Day: Il n'y a rien qui interdise au gouvernement de traiter avec des établissements privés, et ils ont indiqué leur intention de le faire.

Le sénateur Morin: Seriez-vous d'avis qu'une bonne façon de fonctionner serait d'avoir des patients couverts par l'assurance-maladie qui puissent aller à votre clinique.

Dr. Day: Je ne pense pas que notre clinique puisse résoudre les problèmes de ce système. Je compatis avec tous ceux qui sont chargés d'administrer le secteur de la santé à l'heure actuelle parce que je pense en savoir long à ce sujet et je n'entrevois pas de solution. Le système a été profondément meurtri. Je pense que nous pouvons lui prêter assistance. Nous pouvons montrer la voie vers une meilleure gestion. Nous n'avons pas 11 vice-présidents. Peut-être que je n'ai pas compris.

Le sénateur Morin: Je vous demande, qu'est-ce qui vous empêcherait de recevoir des patients venant de l'assurance-maladie?

Dr. Day: Rien, si ce n'est que nous devrions imposer aux patients des honoraires d'établissement.

Le sénateur Morin: Pourquoi?

Dr. Day: Nos salles d'opération et notre personnel infirmier sont payés par la corporation, l'entreprise privée.

Le sénateur Morin: Disons que vous auriez un contrat avec le gouvernement. Y auriez-vous des objections?

Dr. Day: Non, nous aimerions cela.

Le sénateur Morin: Vous n'avez rien contre le gouvernement qui payerait la facture?

Dr. Day: Non.

Le sénateur Morin: C'est le rôle de fournisseur qui vous intéresse.

Dr. Day: Exact. Nous avons fait une offre au dernier gouvernement de Colombie-Britannique pour prendre des patients, par exemple, pour des opérations de la cataracte. Supposons que l'Hôpital de Vancouver fasse 1 000 opérations de la cataracte par an à un coût de 1 000 \$ chacune. Soit 1 million de dollars. Je prends ces chiffres comme exemple.

Le sénateur Morin: Certainement.

Dr. Day: Nous avons offert de les faire pour, disons, 600 000 \$. Nous leur avons dit de calculer leurs coûts et nous avons dit que nous le ferions pour 60 p. 100 du coût. Je sais que nous pouvons le faire à 60 p. 100 du coût avec les mêmes médecins. Un hôpital d'ici vient de nous contacter cette semaine pour envisager de sous-traiter nos services. Ils nous demandent combien cela coûtera. Je leur dis que nous le ferons pour 60 p. 100 de ce que cela leur coûte. Nous ne savons pas ce que cela nous coûtera. Mais, c'est le problème du système public.

Le sénateur Morin: Merci beaucoup.

Le sénateur St. Germain: J'ai une courte question supplémentaire. Est-ce que le gouvernement envoie actuellement des gens à des cliniques privées aux États-Unis et ne vous les envoie pas?

Dr. Day: About four years ago, there was a patient who needed to have a hip arthroscopy. It is an unusual operation. I believe I am the only person in Canada who does that operation. There are five centres in the states. We did not have the equipment at the UBC Hospital. Our private facility said that we would treat this patient for Can. \$3,500. The provincial government sent that patient, who happened to be the next door neighbour of one of the MLAs, to San Francisco to have the operation done at a cost of U.S. \$14,500.

Senator Keon: Dr. Day, your infrastructure staff, are they unionized or non-unionized?

Dr. Day: Many of our nurses also work at hospitals. They may be mothers with young children, two or three-year-old kids, and they do not want to work nights. They find that they cannot work nights and weekends at the hospital. They elect to work at our place, and they do some shifts at the hospital. They have to belong to the union.

We are not a unionized facility because if we were, we would have the same trouble getting nurses as the hospitals have. We pay our nurses 15 per cent higher than the highest level they can achieve after 12 years in the public system, because we need these nurses. In many cases, we are taking nurses who are otherwise out of the workforce.

Senator Keon: What about your technical and support personnel: secretaries?

Dr. Day: Secretaries are not unionized. Similarly, the technical group would, in the hospitals, belong to the hospital employees union. The central sterile technicians who sterilize all the equipment, clean the equipment, are not unionized. Again, to attract those people, we have to pay higher than union wages. If we were unionised, the workers would have to take a cut in pay. We will never be unionized until public sector catches up with our wages.

Senator Keon: That is an interesting paradox, because the argument for contracting out services from the institutions, from the hospitals, whether they be financial services, cleaning services, food services or whatever, is that you can contract them out cheaper because you do not have to deal with CUPE; and the private sector can hire people cheaper than the hospital sector. Paradoxically, you are paying your people more than unionized people.

Dr. Day: Yes, we are. However, if we need to have the grass cut or tulips planted, we do not pay a gardener at health worker rates. That is one of the problems with the public system. If you plant rhododendrons at UBC Hospital, you get paid \$10 an hour more than the same unionized job in the private sector union because you are a health care worker. We do save money there. We are not big enough to have a full-time gardener, but hospital employees, union workers at the hospital, if they are not in the technical area, then they still get paid higher wages than they would in the private sector.

Dr Day: Il y a environ quatre ans, il y avait un patient qui avait besoin d'une arthroscopie de la hanche. C'est une opération inhabituelle. Je crois que je suis le seul au Canada à faire cette opération. Il y a cinq centres aux États-Unis. Nous n'avions pas le matériel à l'Hôpital d'UBC. Notre établissement privé a indiqué que nous traiterions ce patient pour 3 500 \$CAN. Le gouvernement provincial a envoyé le patient, qui était le voisin d'un député provincial, à San Francisco où l'opération a coûté 14 500 \$US.

Le sénateur Keon: Docteur Day, votre personnel de soutien est-il syndiqué ou non?

Dr Day: Beaucoup de nos infirmières travaillent aussi dans des hôpitaux. Elles peuvent être mères avec de jeunes enfants, de deux ou trois ans, et elles ne veulent pas travailler les soirs. Elles trouvent qu'elles ne peuvent pas travailler les soirs et les week-ends à l'hôpital. Elles choisissent de travailler chez nous, et elles font quelques postes à l'hôpital. Elles sont obligatoirement syndiquées.

Notre établissement n'est pas syndiqué parce que si nous l'étions, nous aurions le même problème à obtenir des infirmières que les hôpitaux. Nous payons nos infirmières 15 p. 100 plus cher que l'échelon le plus élevé qu'elles peuvent atteindre après 12 ans d'ancienneté dans le réseau public, parce que nous avons besoin d'elles. Dans bien des cas, nous prenons des infirmières qui ne font pas partie de la main-d'oeuvre active.

Le sénateur Keon: Et votre personnel technique et de soutien: les secrétaires?

Dr Day: Les secrétaires ne sont pas syndiquées. De même, le groupe technique, dans les hôpitaux, appartient au syndicat des employés d'hôpitaux. Les techniciens à la stérilisation centrale qui stérilisent tous les appareils, nettoient le matériel, ne sont pas syndiqués. Encore une fois, pour attirer ce personnel, nous devons payer plus cher que les salaires des syndiqués. Si nous étions syndiqués, les travailleurs devraient subir une réduction de leur salaire. Nous ne serons jamais syndiqués tant que le secteur public n'aura pas rattrapé nos salaires.

Le sénateur Keon: Qui est un paradoxe intéressant, parce que l'argument pour des services en sous-traitance des institutions, des hôpitaux, qu'il s'agisse de services financiers, de nettoyage, alimentaires ou autres, c'est que vous pouvez les sous-traiter à meilleur marché parce qu'il n'y a plus à composer avec le SCFP; et le secteur privé peut engager son personnel pour moins que le secteur hospitalier. Paradoxalement, votre personnel est mieux rémunéré que les syndiqués.

Dr Day: Oui, en effet. Toutefois, si nous avons besoin de faire couper le gazon ou de planter des tulipes, nous ne payons pas un jardinier au tarif des travailleurs de la santé. C'est un des problèmes du réseau public. Si vous plantez des rhododendrons à l'Hôpital de UBC, vous êtes payé 10 \$ de l'heure de plus pour le même travail fait par un syndiqué du secteur privé parce que vous êtes un travailleur du secteur de la santé. À cet égard, nous économisons. Nous n'avons pas besoin d'un jardinier à plein temps, mais les employés des hôpitaux, les travailleurs syndiqués de l'hôpital, s'ils ne sont pas dans le domaine technique, bénéficient de salaires plus élevés que dans le secteur privé.

The Chairman: Surely the real reason you are able to do it and I am referring to chapter 5 of our report — has to do with the fact that you are operating a very specialized clinic. This is not a criticism. It is always true that, if you have a very specialized facility, focused on a limited number of things, you ought to be able to operate more efficiently. One of the points we made in the report is that the move toward specialized facilities clearly has economies of scale, in terms of specialization and focus.

Dr. Day: You are correct. That is a Harvard Business School philosophy.

The Chairman: Right. I am not disagreeing with you, by the way, that you do it cheaper than the public sector. All I am saying is that, in a sense, when we look at the cost data we are comparing apples and oranges because we are comparing the cost data of a large general hospital with that of a specialized facility. One would have to compare a public specialized facility, which does not exist in the public sector, with a private facility in order to truly know the costs. Any specialized facility, regardless of who owns it, if it is as focused as your organization is, ought to be able to operate at a cheaper price and more efficiently.

Dr. Day: We have a situation here where we have limited nurses, doctors and facilities in the public system. People are waiting nine months for heart surgery and cancer surgery while, this week at UBC, in the hospital operating rooms dermabrasions are going on, face lifts are going on, cosmetic surgery and dental surgery is being done. These are the same nurses, and the same operating rooms.

The Chairman: People are paying for that.

Dr. Day: No. They are paying the surgeon; they are paying the anaesthesiologist; and the patient is paying the hospital. For a 10-hour operation the patient will pay the hospital, if they are a B.C. resident, \$290. In other words, the taxpayer is subsidizing to the tune of \$10,000.

The Chairman: Even for non-medicare expenses?

Dr. Day: Yes. It is even worse than that. If an American comes to UBC Hospital, and he has \$10 million worth of Blue Cross insurance from the States, and I have to operate on him, I might do an operation on him that costs \$6,000. I know these costs because of working in the private system. The hospital will bill that patient \$560 Canadian. I phoned the director of finance and told him that that was crazy. The answer I got was, "We do not have the policies in place for that kind of auditing." It all comes back to the same thing: What is lacking in the public system is accountability. If you eliminated the global system of funding a hospital and made a hospital get its revenue based on performance, you would make a major change.

The Chairman: That is essentially separating the payer and the provider.

Dr. Day: Yes.

Le président: Certainement, la vraie raison pour laquelle vous pouvez le faire, et je me réfère au chapitre 5 de notre rapport — est que vous exploitez une clinique très spécialisée. Ce n'est pas une critique. Dans un établissement très spécialisé, axé sur un nombre limité de choses, on devrait toujours pouvoir fonctionner avec plus d'efficacité. Un des principes qui ressort du rapport, c'est que l'évolution vers des établissements spécialisés engendre clairement des économies d'échelle, en matière de spécialisation.

Dr. Day: Vous avez raison. C'est un grand principe de la Harvard Business School.

Le président: Exact. Je conviens d'ailleurs que vous le faites pour moins cher que le secteur public. Tout ce que je dis, c'est que dans un sens, quand nous examinons les coûts, nous comparons des pommes et des oranges parce que nous comparons les coûts d'un grand hôpital général avec ceux d'un établissement spécialisé. Il faudrait comparer un établissement public spécialisé, ce qui n'existe pas dans le secteur public, à un établissement privé de façon à vraiment cerner les coûts. Tout établissement spécialisé, quel qu'en soit le propriétaire, s'il est aussi spécialisé que le vôtre, devrait être capable de fonctionner à un coût inférieur et avec plus d'efficacité.

Dr. Day: À l'heure actuelle, il n'y a pas assez d'infirmières, de médecins et d'établissements dans le réseau public. Les gens attendent neuf mois pour une chirurgie cardiaque et anticancéreuse, pendant que cette semaine, dans les salles d'opération de l'Hôpital de UBC on effectue des dermabrasions, des lissages, de la chirurgie esthétique et de la chirurgie dentaire. Ce sont les mêmes infirmières, et les mêmes salles d'opération.

Le président: Les gens paient pour cela.

Dr. Day: Non. Ils paient le chirurgien; ils paient l'anesthésiologiste; et le patient paie l'hôpital. Pour une opération de 10 heures le patient paie l'hôpital, s'il est résident de Colombie-Britannique, 290 \$. En d'autres mots, le contribuable subventionne à raison de 10 000 \$.

Le président: Même pour les frais non couverts par l'assurance-maladie?

Dr. Day: Oui. C'est même encore pire. Si un Américain se présente à l'Hôpital de UBC, et qu'il a 10 millions de dollars d'assurance de la Croix bleue des États-Unis, et je dois l'opérer, cette opération coûtera peut-être 6 000 \$. Je connais les coûts parce que je travaille dans le secteur privé. L'hôpital facturera ce patient 560 \$CAN. J'ai téléphoné au directeur des finances pour lui dire que c'était de la folie. Il m'a répondu, «Nous n'avons pas de politiques pour ce genre de vérifications». Tout revient à la même chose: Ce qui manque dans le réseau public c'est la responsabilisation. Si vous supprimiez le système global de financement des hôpitaux et si vous les obliez à fonctionner avec un revenu calculé au rendement, ce serait un changement majeur.

Le président: C'est essentiellement la séparation du payeur et du fournisseur.

Dr. Day: Oui.

Senator Carney: I should explain for the record, as Dr. Morin has pointed out, that Dr. Day has been my orthopaedic surgeon.

The Chairman: Dr. Day, you are here because Senator Carney recommended that you come.

Senator Carney: He asked for this opportunity. I want to make it clear that I was on his waiting list for eight months.

Dr. Day: She refused to make the phone call.

Senator Carney: In view of his comments about people phoning their neighbours and politicians pushing the system around, I wanted to make it clear that I was very pure in this matter.

Senator Morin: Was that a three-year waiting list and you waited eight months?

Senator Carney: No, it was one year — until an older lady fell and broke her hip, making a \$3,000 surgery a \$25,000 surgery. She was on the waiting list and I took her place.

I have one point on the structure. I am surprised that Senator Morin did not raise this. It says here that you are the first private company to develop the first private health care facility of its type in Canada.

Dr. Day: Of its type, yes. There are other private facilities, but nothing that is licensed by a city as a hospital that has five inpatient beds and has unlimited access and unlimited capability to keep patients overnight.

Senator Carney: You talked about the fact that you pay above scale and your expenditures are below norm. Are your fee structures the same as in the public system?

Dr. Day: That is the problem. The public system cannot tell us what their costs are. All I know is that I am confident enough to tell the vice-presidents of the hospitals that, if they figure out their costs, we will underprice it by 40 per cent and treat public patients.

Senator Carney: If I have a procedure done in the Cambie clinic, obviously I will pay more than the Government is going to pay you to do it if you did it in a public facility.

Dr. Day: It comes out of a different fund. That comes from more or less general revenue.

Senator Carney: You are not getting \$500, or whatever.

Senator Morin: What you are referring to is operating room fee.

Dr. Day: Surgeon fees and anaesthetist fees are the same, whether it is in the public hospital or private hospital.

Senator Carney: I did not know that. Is your clinic the optimum model for you? Why have they not shut you down? Why has Victoria not come out and said, "You are running a private facility. We will shut you down"?

Dr. Day: We made sure they would not do that before we built it.

Le sénateur Carney: Il faudrait indiquer pour le dossier, comme le Dr Morin l'a fait remarquer, que le Dr Day a été mon chirurgien orthopédique.

Le président: Docteur Day, vous êtes ici parce que le sénateur Carney l'a recommandé.

Le sénateur Carney: Il a demandé à venir. Je tiens à dire que j'ai été sur sa liste d'attente pendant huit mois.

Dr Day: Elle a refusé de passer un coup de fil.

Le sénateur Carney: Compte tenu de ses commentaires sur les gens qui téléphonent à leurs voisins et à leurs politiciens et abusent du système, je tenais à vous faire savoir que je suis restée irréprochable.

Le sénateur Morin: Sur une liste d'attente de trois ans, vous avez attendu huit mois?

Le sénateur Carney: Non, c'était un an — jusqu'à ce qu'une vieille dame tombe et se fracture la hanche, transformant une chirurgie de 3 000 \$ en chirurgie de 25 000 \$. Elle était sur la liste d'attente et j'ai pris sa place.

J'ai une question sur les barèmes tarifaires. Je suis surpris que le sénateur Morin ne l'ait pas soulevée. On dit ici que vous êtes la première compagnie privée à lancer le premier établissement privé de soins de santé de ce type au Canada.

Dr Day: De ce type, oui. Il existe d'autres établissements privés, mais rien qui ne soit autorisé par une ville comme hôpital avec cinq lits accès illimité et capacité illimitée de garder ses patients pour la nuit.

Le sénateur Carney: Vous avez dit que vous payez plus cher que la moyenne et que vos dépenses sont inférieures à la norme. Vos barèmes tarifaires sont-ils les mêmes que dans le système public?

Dr Day: C'est un problème. Le réseau public n'est pas capable de nous dire quels sont ses coûts. Tout ce que je sais, c'est que je suis assez sûr de mon coût pour dire aux vice-présidents des hôpitaux que s'ils arrivent à calculer leurs coûts, nous arriverons 40 p. 100 moins cher, et traiterons les patients publics.

Le sénateur Carney: Si je subis une intervention à la clinique Cambie, évidemment je payerai plus que le gouvernement ne va vous payer pour le faire dans un établissement public.

Dr Day: L'argent provient d'une caisse différente. Il vient grosso modo du revenu général.

Le sénateur Carney: Vous ne recevez pas 500 \$, ou quelque chose du genre.

Le sénateur Morin: Ce dont vous parlez, ce sont les honoraires pour les salles d'opération.

Dr Day: Les honoraires de chirurgie et d'anesthésie sont les mêmes, dans un hôpital public ou un hôpital privé.

Le sénateur Carney: Je ne le savais pas. Votre clinique constitue-t-elle le modèle optimum pour vous? Pourquoi ne l'a-t-on pas fermée? Pourquoi Victoria n'a pas dit, «Vous exploitez un établissement privé. Nous allons le fermer»?

Dr Day: Nous nous sommes assurés qu'ils ne le feraient pas avant de construire.

Senator Carney: Is this because of this specialized service?

Dr. Day: We talked to them. The fact is that the most common single patient group using our facility is an HEU worker. Hospital Employees' Union worker.

Senator Carney: Is that through the Workmens Compensation Board?

Dr. Day: Yes. We are treating public sector workers, union members, at our facility.

The Chairman: That is amazing.

Senator Carney: I am trying to establish whether senators can go to this facility.

Dr. Day: You might be able to. I can tell you that bureaucrats — and one of my friends is an orthopaedic surgeon in Ottawa — and civil servants in Ottawa go to Buffalo for their MRIs, and that is a public expense.

The Chairman: We can go across the river to Hull also.

Dr. Day: That has changed then.

Senator Carney: There is something I would like your views on too. You have included in your brief the "Hypocritical Oath for Ministers of Health."

Dr. Day: That was actually published in the *Vancouver Sun* about two years ago.

Senator Carney: Mr. Chair, this "hypocritical oath" is a play on the Hippocratic oath. I will read it. We are talking sardonically here. It states:

No private health care will be allowed in Canada, except for private, extended "two-tier" insurance such as we, the privileged, enjoy courtesy of the taxpayer.

That does include senators.

The 30% or more of Canadians that do not have such benefits will pay for treatment of their abscessed teeth, artificial limbs, arthritic braces, private rooms and nurses in public hospitals, and expensive, safer drugs. Queue jumping will depend on who you are or who you know. This works well for us.

We have had discussions about this, and I think you have suggested to me that one of the reasons for the inertia in changing this system is that those of us who are at the decision-making levels already have a two-tier system. All public service employees, all MPs and all senators have the government plan which pays for all sorts of services that my twin brother, who is not a member of any of these groups, has to pay for himself. You say that this is a very large group in Canada.

Dr. Day: Seventy per cent of the population has what I call "two-tier" insurance.

Le sénateur Carney: Est-ce parce qu'il s'agit de services spécialisés?

Dr. Day: Nous leur avons parlé. Le fait est que le groupe de patients le plus fréquent dans notre établissement est celui du HEU, les membres du syndicat des travailleurs hospitaliers.

Le sénateur Carney: Est-ce par l'intermédiaire de la Commission des accidents du travail?

Dr. Day: Oui. Nous traitons les travailleurs du secteur public, les syndiqués, à notre établissement.

Le président: C'est étonnant.

Le sénateur Carney: J'essaie de déterminer si les sénateurs peuvent aller à cet établissement.

Dr. Day: Vous pourriez peut-être. Je peux vous dire que les fonctionnaires — et un de mes amis est chirurgien orthopédiste à Ottawa — et les fonctionnaires d'Ottawa vont à Buffalo pour leurs IRM, et c'est une dépense publique.

Le président: Nous pouvons aussi aller de l'autre côté de la rivière, à Hull.

Dr. Day: Alors, les choses ont changé.

Le sénateur Carney: Il y a une chose sur laquelle j'aimerais aussi avoir votre opinion. Vous avez inclus dans votre mémoire le «Serment hypocrite des ministres de la santé».

Dr. Day: Il a en fait été publié dans le *Vancouver Sun* il y a à peu près deux ans.

Le sénateur Carney: Monsieur le président, ce «serment hypocrite» est un jeu de mots sur le serment d'Hippocrate. Je vais vous le lire. Vous comprendrez que c'est sardonique:

Aucun soin de santé privé ne sera autorisé au Canada, sauf pour les privilégiés comme nous qui ont des assurances complémentaires privées à deux vitesses, et ce, aux frais du contribuable.

Ce qui inclut les sénateurs.

Les quelque 30 p. 100 ou plus de Canadiens qui ne bénéficient pas de ces avantages payeront pour leurs abcès dentaires, leurs membres artificiels, leurs prothèses arthritiques, leurs chambres et infirmières privées dans des hôpitaux publics, et leurs médicaments plus sécuritaires et plus dispendieux. Pour passer en avant dans la file d'attente, tout dépendra de qui vous êtes ou qui vous connaissez. Nous nous en accommodons fort bien.

Nous en avons discuté, et je pense que vous m'avez indiqué qu'un des motifs de l'inertie face au système provient du fait que ceux d'entre nous qui prennent les décisions disposent déjà d'un système à deux vitesses. Tous les employés de la fonction publique, tous les députés et tous les sénateurs ont le régime gouvernemental qui paie pour toutes sortes de services que mon frère jumeau, qui n'est pas membre d'un de ces groupes, doit payer de sa poche. Vous dites que c'est un groupe très important au Canada.

Dr. Day: Soixante-dix pour cent de la population bénéficie de ce que j'appelle une assurance «à deux vitesses».

Senator Carney: Could you address this issue? Is one of the reasons for the inertia in changing it that all of us benefit from a two-tier system, even glasses?

The Chairman: Can I just, for the record, just make sure our definitions are consistent? We have used the term, "two-tier" in the general way it is used, which is to mean a parallel hospital system. Senator Carney is using two-tier as meaning that we have insurance that covers not just hospitals and doctors but all of the other ancillary services such as physiotherapy, drugs, home care and so on. I am clarifying that for the purposes of our record. Senator Carney is raising an issue that bothers us, that is, the huge gap in the safety net for people who do not have "two-tier" insurance.

Dr. Day: That is right. The 30 per cent who do not have it are often the working poor. If you are really poor you have it. Everything is paid for you. If you are a unionized worker you have it, and if you are a non-unionized worker working for a big corporation, you have it. It is the small, lower middle-income group that does not.

The Chairman: In some provinces it applies to seniors, although not in British Columbia.

Dr. Day: I think it is important to point out that in this secondary insurance it is a completely grey area as to what is considered medically necessary. For example, a child might have a hindquarter amputation as a result of cancer. The artificial limb in British Columbia is not covered. It is not considered medically necessary to have an artificial limb. A patient brought me a letter, which I have on file, from the Ministry of Health in British Columbia from an assistant deputy minister saying, "Dear Mr... we have reviewed your file and have determined that a voice is not medically necessary." This patient had his larynx removed as a result of cancer. These would be covered if you have extended health insurance. We are not talking about a plastic cast for cosmetic purpose, these are important items.

Senator Carney: You have created your clinic to meet a need that is allowed under legislation. Is your clinic the optimum model for you? Piggybacking on that is the issue of how many orthopaedic surgeons do we have in Canada and how many do we need?

Dr. Day: We need a great deal more. There is an extreme shortage of orthopaedic surgeons. The new generation of orthopaedic surgeons is not like ours. New graduates do not want to work 80 or 90 hours a week. They will take call for no pay. Part of it is economic. This whole thing is about economics now. Part of it is remuneration. I will just give you an example in my own specialty.

Le sénateur Carney: Pourriez-vous nous en parler? L'une des raisons de l'inertie face au changement tient-elle au fait que nous bénéficions tous d'un système à deux vitesses, même pour les lunettes?

Le président: Puis-je seulement m'assurer, aux fins du compte rendu, que nos définitions sont uniformes? Nous avons utilisé l'expression, «à deux vitesses» pour parler d'un réseau hospitalier parallèle. Le sénateur Carney utilise les deux vitesses pour signifier que nous avons une assurance qui couvre non seulement les hôpitaux et les médecins, mais toutes sortes d'autres services auxiliaires comme la physiothérapie, les médicaments, les soins à domicile et ainsi de suite. J'apporte ces précisions pour notre dossier. Le sénateur Carney soulève une question qui nous préoccupe tous, à savoir, l'écart énorme dans le filet de sécurité pour les gens qui ne bénéficient pas d'une assurance «à deux vitesses».

Dr Day: Vous avez raison. Les 30 p. 100 qui n'en bénéficient pas sont souvent les petits salariés. Si vous êtes vraiment pauvre, vous y avez droit. Tout est payé pour vous. Si vous êtes syndiqué, vous y avez droit, et si vous n'êtes pas syndiqué au service d'une grande entreprise, vous y avez droit. Ce sont les petits salariés, ceux de la tranche inférieure des salariés à revenu moyen qui n'y ont pas droit.

Le président: Dans certaines provinces, ceci s'applique aux personnes âgées, bien que ce ne soit pas le cas en Colombie-Britannique.

Dr Day: Je pense qu'il est important de souligner que dans cette assurance complémentaire, ce qui est médicalement nécessaire reste très nébuleux. Par exemple, un enfant pourrait devoir subir une amputation d'un membre inférieur par suite d'un cancer. En Colombie-Britannique, la prothèse n'est pas couverte. Il n'est pas considéré médicalement nécessaire d'avoir un membre artificiel. Un patient m'a apporté une lettre, que j'ai en archives, du ministère de la Santé de Colombie-Britannique dans laquelle un sous-ministre adjoint dit, «Monsieur, nous avons examiné votre dossier et conclu que la voix n'est pas une nécessité sur le plan médical.» Ce patient avait subi l'ablation du larynx en raison d'un cancer. Voilà des interventions qui seraient couvertes avec une assurance-maladie complémentaire. Nous ne parlons pas d'un plâtre en plastique à des fins esthétiques, il s'agit d'éléments importants.

Le sénateur Carney: Vous avez ouvert votre clinique pour satisfaire un besoin qui est autorisé en vertu de la législation. Votre clinique constitue-t-elle le modèle optimum pour vous? En outre, il y a la question du nombre de chirurgiens orthopédistes au Canada et combien il nous en faut?

Dr Day: Il nous en faut beaucoup plus. Il y a une pénurie extrême de chirurgiens orthopédistes. La nouvelle génération de chirurgiens orthopédistes n'est pas comme la nôtre. Les nouveaux diplômés ne veulent pas travailler 80 ou 90 heures par semaine. Ils préfèrent le temps libre à l'argent, partiellement pour des raisons économiques. Tout cela, c'est une question d'économie maintenant, partiellement pour des raisons de rémunération. Je vais vous donner un exemple dans ma propre spécialité.

Fifteen years ago we were the third-highest paid group of specialists in British Columbia. Orthopaedic surgeons of British Columbia are now seventeenth out of eighteen in annual income. Much of that is as a result of orthopaedic surgeons being cut off from access to hospitals to treat their patients. However, they are also diverting themselves away from clinical work. We are now in a situation, and this is an accurate statement, where orthopaedic surgeons are giving up clinical practice, and often at the peak of their skill level in their early 50s, to go into consulting, to do evaluations for insurance companies, and so on. An orthopaedic surgeon gets paid four or five times the hourly rate for describing an operation to a lawyer or an insurance company than he gets paid for doing the operation. That is an economic reality.

Senator Carney: I just want to establish on the record an analogy that you have made with me and that is that a hockey player who was given only five hours a week of access to ice time would lose his professional NHL skills, but this society deems that an orthopaedic surgeon is only allowed five hours a week to practice his skills.

Dr. Day: The Canadian Orthopaedic Association recommended a minimum number of hours a week for operating to maintain skill level, as pilots do in planes, and that was 15 hours. At St. Paul's Hospital the surgeons are given about four and a half or five hours. At UBC it is five and a half to six hours. That is why they need a facility like ours, and that is why 40 per cent of them would not be here if it were not for that.

Senator Roche: Doctor, I think you said earlier in your presentation that a significant percentage of patients who come to you are working-class people. In such cases do you deem it necessary that they be treated but they have not got the money to pay you? Does that occur?

Dr. Day: Yes, it does. They are not allowed under the Canada Health Act to pay for the service. When I said the working class, those patients are usually Workers Compensation Board patients who are going to our private facility and their fee is being picked up.

Senator Roche: Are these only Workers Compensation cases?

Dr. Day: Yes.

The Chairman: When the Canada Health Act was passed it explicitly excluded Workers Compensation Board patients. From the get go in 1984, Workers Compensation Boards were allowed to work in a two-tiered system in the sense that they could hire and pay their own doctors, and they would pay the hospital a fee and so on. As Dr. Day pointed out, certain other groups, were also entitled to this. However, by far the biggest group — and that is why we mentioned it in the last report — who clearly operated a two-tiered system was Workers Compensation Boards. If you are going to get injured, please get injured on the job because then you will automatically go to the top of the waiting list to be taken care of.

Il y a quinze ans, nous étions le troisième groupe le mieux payé parmi les spécialistes de Colombie-Britannique. Les orthopédistes de Colombie-Britannique sont maintenant aux dix-septième rang sur dix-huit pour le revenu annuel. Essentiellement parce qu'on leur a coupé l'accès aux hôpitaux pour traiter leurs patients. Toutefois, ils prennent aussi leurs distances par rapport au travail clinique. Nous nous trouvons maintenant dans une situation, et c'est tout à fait vrai, où les chirurgiens orthopédistes abandonnent l'exercice clinique, souvent au sommet de leur niveau de compétence, au début de la cinquantaine, pour faire de la consultation, faire des évaluations pour les sociétés d'assurances, et ainsi de suite. Pour décrire une opération à un avocat ou à une compagnie d'assurances, un chirurgien orthopédiste reçoit quatre ou cinq fois le tarif horaire qu'il obtiendrait pour faire l'opération. C'est une réalité économique.

Le sénateur Carney: Je voudrais seulement rappeler aux fins du compte rendu une analogie que vous m'avez faite, et c'est celle d'un hockeyeur à qui l'on donne seulement cinq heures par semaine d'accès à la glace: il y perdrait ses talents de joueur professionnel de la LNH, mais notre société juge qu'un chirurgien orthopédiste n'a le droit de pratiquer ses compétences que cinq heures par semaine.

Dr Day: L'Association canadienne d'orthopédie a recommandé un nombre minimum d'heures d'opérations par semaine pour maintenir le niveau des compétences, comme pour les pilotes, et c'est 15 heures. À l'Hôpital St-Paul les chirurgiens en ont environ quatre heures et demie ou cinq heures. À UBC, c'est cinq heures et demie à six heures. C'est pour cela qu'ils ont besoin d'un établissement comme le nôtre, et c'est pour cela que 40 p. 100 d'entre eux ne seraient pas ici si nous n'y étions pas.

Le sénateur Roche: Docteur, je pense que vous avez dit plus tôt dans votre exposé qu'un pourcentage important de patients qui viennent chez vous font partie de la classe ouvrière. Y en a-t-il que vous jugez nécessaire qu'ils soient soignés, mais qui n'ont pas l'argent pour vous payer? Est-ce que cela se produit?

Dr Day: Oui, cela arrive. En vertu de la Loi canadienne sur la santé, ils n'ont pas le droit de payer pour le service. Quand j'ai parlé de classe ouvrière, ces patients viennent habituellement de la Commission des accidents du travail et ils n'ont pas à assumer de frais.

Le sénateur Roche: Il n'y a que des cas d'accident du travail?

Dr Day: Oui.

Le président: Quand la Loi canadienne sur la santé a été adoptée, elle excluait explicitement les patients de la Commission des accidents du travail. Dès leur création en 1984, les Commissions des accidents du travail ont eu l'autorisation de fonctionner dans un système à deux vitesses dans la mesure où elles pouvaient engager et payer leurs propres médecins, et payer les frais d'hospitalisation et ainsi de suite. Comme le Dr Day l'a fait remarquer, certains autres groupes avaient aussi ce droit. Toutefois, de loin le groupement le plus important — et c'est pourquoi nous l'avons mentionné dans le dernier rapport — qui a clairement utilisé un système à deux vitesses qu'étaient les Commissions des accidents du travail. Si vous devez vous blesser,

Dr. Day: It should also be pointed out that in our facility last year we treated 3,000 patients. If we did not exist, those 3,000 patients would be on some waiting list somewhere. They are extra to what would have been done. That is just one facility. They would have been on the public wait list. In British Columbia right now we probably have 100,000 people on surgical wait lists. We probably treated 15,000 we treated in private facilities last year. The waiting lists would be 115,000, if it were not for the private facilities.

Senator Roche: Mr. Chairman, I do not quite understand the differentiation between patients who come to your clinic who come via the route of the Workmens Compensation Board and other patients who come from other routes.

Dr. Day: Supposing a carpenter is on disability insurance because he was injured playing hockey. However, he is a carpenter who is unable to work. A disability insurance company, like London Life or Great West Life, would pay that person's wages while he waits a year or two to be admitted to a hospital for treatment. He was not injured on the job. The insurance company is in the same position as the Workers Compensation Board. It is paying out, say, \$5,000 a month while the carpenter is waiting a year for an operation that could be done for \$1,000. The insurer would pay the \$1,000 and save \$55,000 in wage-loss benefits.

Senator Roche: Are billing the Workers' Compensation Board for the WCB cases?

Dr. Day: I was talking about disability insurance. Suppose you have two carpenters, one is a homeowner and the other, he is hired to do a job, and they both fall off the deck and they both incur the same injury. One will be covered by Workers Compensation because he is an employee. The homeowner, who is also a carpenter, has to take time off work, but his only way to get into our facility under the Canada Health Act is — and even this is a grey area and could be challenged — if his insurance company will pay for his facility fee the way the Workers Compensation does.

Senator Roche: It is the insurance company that you bill in that case.

Dr. Day: Yes, in that case an insurance company will be billed. I would absolutely support that man's right to spend his own money on his own health care if he so wished. We did not elect our government to dictate to us that we cannot spend money on our own health care, and that is the practical effect of the Canada Health Act.

The Chairman: Dr. Day, thank you for coming.

de grâce faites-le au travail, parce qu'alors vous irez automatiquement en tête de la liste d'attente.

Dr Day: Il convient aussi de préciser que dans notre établissement l'an dernier, nous avons traité 3 000 patients. Si nous n'avions pas existé, ces 3 000 patients seraient sur une liste d'attente quelque part. Ils viennent s'ajouter à ce qui aurait été fait. C'est seulement un établissement. Ils se seraient retrouvés sur la liste d'attente dans le système public. En Colombie-Britannique à l'heure actuelle, il y a probablement 100 000 personnes en attente de chirurgie. Nous en avons probablement traité 15 000 dans des établissements privés l'an dernier. Les listes d'attente compteraient 115 000 personnes s'il n'y avait pas les établissements privés.

Le sénateur Roche: Monsieur le président, je ne comprends pas bien la distinction entre les patients qui viennent chez vous par le truchement des accidents du travail, et les autres qui arrivent par un autre chemin.

Dr Day: Supposons qu'un charpentier retire des prestations d'invalidité parce qu'il s'est blessé en jouant au hockey. Toutefois, ce charpentier-là est incapable de travailler. Une compagnie d'assurance-invalidité, comme la London Life ou la Great West Life, payerait le salaire de cette personne pendant qu'elle attend un an ou deux pour être admise à un hôpital pour se faire traiter. L'intéressé n'a pas été blessé au travail. La compagnie d'assurances est dans la même position que la Commission des accidents du travail. Elle paie disons, 5 000 \$ par mois pendant que le charpentier attend un an pour une opération qui coûterait 1 000 \$. L'assureur est prêt à payer les 1 000 \$ pour économiser 55 000 \$ en indemnités de remplacement du revenu.

Le sénateur Roche: Facturez-vous la Commission des accidents du travail pour les cas de son ressort?

Dr Day: Je parlais de l'assurance-invalidité. Supposons qu'il y ait deux charpentiers, l'un est propriétaire et l'autre est engagé pour faire des travaux: les deux tombent de l'échafaudage et les deux subissent la même blessure. L'un sera couvert par les accidents du travail parce qu'il est employé. Le propriétaire, qui est aussi charpentier, doit s'absenter du travail, mais la seule façon pour qu'il puisse venir dans notre établissement en vertu de la Loi canadienne sur la santé — et même si c'est une zone grise qui pourrait être remise en cause — c'est si sa compagnie d'assurances paie pour ses frais d'hospitalisation de la même manière que la Commission des accidents de travail.

Le sénateur Roche: C'est la compagnie d'assurances que vous facturez dans ce cas-là.

Dr Day: Oui. Dans ce cas, une compagnie d'assurances va recevoir une facture. J'appuierais absolument le droit de cet homme à dépenser son argent pour ses propres soins de santé s'il le désire. Nous n'avons pas élu notre gouvernement pour qu'il nous dicte que nous n'avons pas le droit de dépenser notre argent pour prendre soin de notre propre santé, et pourtant c'est le résultat pratique de la Loi canadienne sur la santé.

Le président: Docteur Day, merci d'être venu.

Senator Carney: I just want to say that it will take me six months to see him, after waiting four months for my rheumatologist so I am walking him out to the hall for a consultation.

The Chairman: I must say, we got to see you a lot faster than Senator Carney did. We only contacted you about a month ago. Thanks for coming.

Our next witness is Ms Lorraine Grant, Chair of the Board of Directors of the Health Association of British Columbia, followed by Ms Cynthia Ramsay, a well-known health economist who wrote a paper, which I have read, called "Beyond the private-public debate."

As you can tell, when we have the quality of people we have had today, it is difficult to stay entirely on schedule. May I say we had the same day yesterday when we started off with Mr. Mazankowski as our first witness, who was followed by the CEOs of both the Calgary and Edmonton health authorities. That was a fascinating start.

Ms Grant, thank you for coming.

Ms Lorraine Grant, Chair of the Board of Directors, Health Association of British Columbia: I would like to introduce Ms Lisa Kallstrom, Director of Policy and Advocacy for the Health Association of British Columbia. We are both pleased to be here. We would like to commend the committee for its work in providing a comprehensive analysis of issues facing the health system today.

I will comment on some of the issues and options that have been put forth by the Senate Committee, and focus on recommendations that we believe will improve the health system significantly.

With regard to the general role of the federal government, the Health Association basically concurs with the five distinct federal roles in health and health care posted by the options paper and their related objectives. We agree that a major organizational overhaul in the delivery of health services is required, particularly in primary care. While we are sympathetic to many of the arguments raised regarding the constraints of the Canada Health Act, particularly with respect to reasonable and timely access, we reject the notion that the public should be able to pay for the cost of a procedure in order to ensure that they receive it in a more timely fashion. Private payment for insured services will eventually lead to a two-tier health system. Our Association feels strongly that the proportion of private financing should not be increased beyond the current 30 per cent, and we make a distinction between private financing and private delivery.

I should like to now address the financing role of the federal government. The Health Association disagrees with the committee's conclusion that we must now begin to develop plans and policies to identify additional private revenue sources. Proponents of the idea believe savings arising from changes to the way we currently deliver health services will be insufficient. We firmly

Le sénateur Carney: Je voudrais juste ajouter qu'il me faudra six mois pour le voir, après avoir attendu quatre mois pour mon rhumatologue, alors je l'accompagne jusqu'à la sortie pour une consultation.

Le président: Je dois dire que nous avons réussi à vous voir beaucoup plus vite que le sénateur Carney. Nous avons communiqué avec vous il y a seulement un mois. Merci d'être venu.

Notre témoin suivant est Mme Lorraine Grant, la présidente du conseil d'administration de la Health Association of British Columbia, suivie de Mme Cynthia Ramsay, une économiste de la santé bien connue qui a rédigé une étude, que j'ai lue, intitulée «Au-delà du débat privé-public».

Comme vous vous en rendez compte, quand nous avons des témoins comme ceux que nous avons eus aujourd'hui, il est difficile de respecter entièrement l'horaire. J'ajouterais que nous avons eu une journée comparable hier quand nous avons commencé avec M. Mazankowski, notre premier témoin, qui a été suivi des PDG des organismes de santé de Calgary et d'Edmonton. Ce fut un début fascinant.

Madame Grant, merci d'être venue.

Mme Lorraine Grant, présidente du conseil d'administration, Health Association of British Columbia: J'aimerais vous présenter Mme Lisa Kallstrom, directrice des politiques et de la promotion de la Health Association of British Columbia. Nous sommes toutes deux heureuses d'être ici. Nous aimerions féliciter le comité pour son travail d'analyse exhaustive des enjeux actuels dans le système de santé.

Je ferai des commentaires sur certaines des questions et options présentées par le comité sénatorial, et j'insisterai sur les recommandations qui d'après nous amélioreront considérablement le système de santé.

En ce qui concerne le rôle général du gouvernement fédéral, l'Association souscrit fondamentalement aux cinq rôles fédéraux distincts en matière de santé et de soins de santé mentionnés dans le document sur les options proposées et leurs objectifs connexes. Nous convenons qu'une restructuration en profondeur de la prestation des services de santé sera nécessaire, en particulier pour les soins primaires. Même si nous sommes d'accord avec un grand nombre des arguments qui ont été soulevés à propos des contraintes de la Loi canadienne sur la santé, notamment relativement à un accès satisfaisant et opportun, nous rejetons l'idée que le public devrait être capable de défrayer le coût d'une opération pour pouvoir y avoir accès en temps opportun. Le paiement privé de services assurés finira par aboutir à un système de santé à deux vitesses. Notre association est convaincue que la proportion de financement privé ne devrait pas dépasser les 30 p. 100 actuels, et nous faisons une distinction entre le financement privé et la prestation privée.

Je voudrais maintenant aborder le rôle financier du gouvernement fédéral. L'Association de la santé ne souscrit pas à la conclusion du comité que nous devrions amorcer maintenant l'élaboration de plans et politiques visant à identifier des sources de revenu privées supplémentaires. Les partisans de cette idée croient que les économies résultant des changements dans le mode

believe the health system should implement the main recommendations of the many reviews that have been conducted both provincially and nationally. These recommendations should be implemented and evaluated first, and only if they fail should we consider additional revenue sources.

The health association believes that efficiencies and improved effectiveness measures will be sufficient to ensure the long-term sustainability of our health care system. In fact, they are necessary ingredients. A stable funding contribution from the federal government is absolutely essential for undertaking fundamental changes in implementing required innovations. We suggest that your committee recommend that the federal government maintain the current CHST funding contribution to provinces, but incorporate an escalator.

With regard to evidence-based practice, the Health Association suggests that the federal government take a lead in supporting the development of clinical practice atlases for British Columbia and other provinces. The development of a base-line knowledge of the use of clinical services and their variations could be modelled on the work conducted by the Institute for Clinical Evaluative Sciences at Sunnybrook, Ontario. The federal government needs to play the same leadership role for the development of national clinical practice guidelines.

I will now move to the regionalization of services. British Columbia has regionalized many health services, but we believe regionalization needs to be extended to the full continuum of health services. The Health Association of B.C. agrees with the committee that primary health care reform is key to achieving modernization of our current medicare system. Again, the federal government will need to continue to play a leadership role, particularly in providing sustained funding for reform initiatives.

With regard to the federal government's research and evaluation role, we think it should continue its current activities. However, we would also recommend that the federal government not limit its participation merely to pilot projects, but that it take a more fundamental leadership role in longer-term system changes.

Next, I will deal with the infrastructure role. The federal government should commit to a longer-term program of financing of technology so that the health care sector can take advantage of information and communication technologies. Without enhancing our ability to manage health information, we cannot begin to shift towards a culture of evidence-based practice and decision making. The federal government can provide intellectual leadership and use its funding power to develop new information systems that talk to each other and have standardized data sets.

de prestation actuel des services de santé seront insuffisantes. Nous croyons fermement que le système de santé devrait mettre en oeuvre les principales recommandations des nombreuses études, provinciales comme nationales. Ces recommandations devraient être d'abord mises en oeuvre et évaluées, et seulement en cas d'échec conviendrait-il d'envisager des sources supplémentaires de revenus.

L'Association de la santé est d'avis que les gains de productivité et d'efficacité seront suffisants pour assurer la durabilité à long terme de notre système de soins de santé. En fait, ce sont des ingrédients indispensables. Une contribution stable au financement par le gouvernement fédéral est absolument essentielle pour entreprendre les changements fondamentaux pour la mise en oeuvre des innovations nécessaires. Nous suggérons que votre comité recommande que le gouvernement fédéral maintienne la contribution actuelle de financement du TCSPS aux provinces, mais en y incorporant un facteur de progression.

En ce qui concerne la pratique fondée sur les résultats cliniques et scientifiques, l'Association de la santé suggère que le gouvernement fédéral prenne l'initiative pour appuyer la mise au point d'atlas de pratiques cliniques pour la Colombie-Britannique et les autres provinces. L'acquisition de connaissances de base sur l'utilisation de services cliniques et de leurs variantes pourrait prendre pour modèle le travail effectué par l'Institut de recherche en services de santé de Sunnybrook, en Ontario. Il faut que le gouvernement fédéral joue le même rôle de chef de file pour l'élaboration de lignes directrices nationales en matière de pratiques cliniques.

Je vais maintenant passer à la régionalisation des services. La Colombie-Britannique a régionalisé de nombreux services de santé, mais nous pensons qu'il faut étendre la régionalisation à tout le continuum des services de santé. L'Association de la santé de la Colombie-Britannique convient avec le comité que la réforme des soins de santé primaires est la clé de la modernisation de notre régime actuel d'assurance-maladie. Encore une fois, il faudra que le gouvernement fédéral poursuive son rôle de chef de file, notamment par un financement durable des initiatives de réforme.

En ce qui concerne le rôle du gouvernement fédéral en matière de recherche et d'évaluation, nous pensons qu'il devrait poursuivre ses activités actuelles. Toutefois, nous recommanderions aussi que le gouvernement fédéral ne limite pas sa participation seulement à des projets pilotes, mais qu'il assume un rôle plus fondamental dans des changements au système à plus longue échéance.

Ensuite, je vais traiter du rôle en matière d'infrastructure. Le gouvernement fédéral devrait s'engager dans un programme de financement à plus longue échéance de la technologie pour que le secteur des soins de santé puisse profiter pleinement des technologies de l'information et des communications. Sans amélioration de notre capacité de gérer l'information sur la santé, nous ne pouvons amorcer l'évolution vers une prise de décisions et une culture fondée sur les résultats cliniques et scientifiques. Le gouvernement fédéral peut fournir le leadership intellectuel et utiliser son pouvoir de financement pour mettre au point de

As to the role of the national health care quality council, the Health Association strongly agrees with the recommendation to establish such a council which would undertake analyses of the performance of various aspects of health care at different levels, the system level, the organization level and individual levels, and develop performance standards and benchmarks. It could also be formed through a consortium of existing national bodies such as the Canadian Institute for Health Information, the Canadian Council on Health Services Accreditation and the Canadian Health Care Association.

We further agree with the recommendation to publish reports on the importance of all determinants of health in creating healthy populations. The federal government could show leadership in that area by drawing attention to the responsibility of individuals for their health choices.

With regard to the health human resources role, the Health Association of B.C. concurs with the committee's recommendation that primary care reform is essential to rationalize the use of our health human resources. Under a coordinated primary care model, the full spectrum of the variety of health care professionals can be utilized at their full capacity. At the same time, the unit cost of the service produced could be reduced. This will likely also have a profound impact on our health human resource complement.

We also recommend that the federal government fund an analysis of the potential savings in health care utilization through more extensive use of, for example, nurse practitioners.

Next, I will deal with the role of the federal government in population health. The document, "Health Goals for British Columbians", is framework for society to develop strategies that affect the entire province's health and well-being. This framework has helped regional health authorities structure their own health service plans.

Finally, I will deal with the role of the federal government in Aboriginal health. The consequences of having two jurisdictions involved in delivering health services are program fragmentation and difficulty coordinating programs. The Health Association itself has established a First People's Health Council. This is a committee consisting of Aboriginal governors from health authorities and representatives of Aboriginal organizations. Among many other initiatives, our First People's Health Council has collaborated with the provincial health officer to produce a special feature report on Aboriginal health. This report will include examples of innovative practices that may ultimately result in improvement in health status.

In conclusion, we should like to stress that there are opportunities for the federal government to leave an important legacy in health care by showing intellectual leadership in

nouveaux systèmes d'information qui puissent se parler et qui utilisent des ensembles de données normalisés.

En ce qui concerne le rôle du conseil national de la qualité des soins de santé, l'Association de la santé appuie fortement la recommandation visant à établir un tel conseil, qui entreprendrait des analyses de rendement des divers aspects des soins de santé à différents niveaux, au niveau système, au niveau organisme et aux niveaux individuels, et d'élaborer des normes de rendement et des points repères. Il pourrait aussi être constitué par un consortium des organismes nationaux actuels comme l'Institut canadien d'information sur la santé, le Conseil canadien d'agrément des services de santé et l'Association canadienne des soins de santé.

Nous appuyons en outre la recommandation de publier des rapports sur l'importance de tous les déterminants de la santé pour des populations en santé. Le gouvernement fédéral pourrait tracer la voie dans ce domaine en attirant l'attention sur la responsabilité des particuliers en matière de choix santé.

En ce qui concerne le rôle des ressources humaines en matière de santé, l'Association de la santé de la Colombie-Britannique souscrit à la recommandation du comité que la réforme des soins primaires est essentielle afin de rationaliser l'utilisation de nos ressources humaines en matière de santé. Dans le cadre d'un modèle de soins primaires coordonnés, l'éventail complet des professionnels de la santé peut être utilisé à sa pleine capacité. En même temps, le coût unitaire du service produit pourrait être réduit. Cela aura probablement aussi un impact profond sur nos ressources humaines en matière de santé.

Nous recommandons aussi que le gouvernement fédéral finance une analyse des économies possibles dans l'utilisation des soins de santé par un recours plus généralisé, par exemple, aux infirmières praticiennes.

J'aborderai maintenant le rôle du gouvernement fédéral dans la santé de la population. Le document, intitulé «Objectifs en matière de santé pour les Britanno-Colombiens», constitue le cadre pour que la société définisse les stratégies qui affecteront la santé et le bien-être de la province tout entière. Ce cadre a aidé les autorités régionales de la santé à structurer leurs propres plans des services de santé.

Finalement, je vais vous parler du rôle du gouvernement fédéral dans la santé des Autochtones. Les conséquences d'une double compétence au niveau de la prestation des services de santé sont la fragmentation des programmes et la difficulté à les coordonner. L'Association de la santé elle-même a créé le conseil de santé des premières nations. C'est un comité composé d'administrateurs autochtones des services de santé et de représentants des organismes autochtones. Parmi de nombreuses autres initiatives, notre conseil de santé des premières nations a collaboré avec le médecin chargé du service provincial de la santé publique pour produire un rapport spécial sur la santé des Autochtones. Ce rapport comprendra des exemples de pratiques novatrices susceptibles d'entraîner une amélioration de l'état de santé.

En conclusion, nous aimerions souligner qu'il y a des occasions qui permettent au gouvernement fédéral de laisser un héritage important dans le domaine des soins de santé en faisant preuve de

developing information systems, quality improvement and outcomes evaluation.

We are also now developing a submission to the Romanow Commission that we will be pleased to share with the committee in November.

Ms Cynthia Ramsay, Health Economist, Elm Consulting: I would also thank the committee for inviting me to be here today. It came as a bit of a surprise because, given my history working with the Fraser Institute and other institutions, I have often not been asked my opinion on health care from the powers that be. It is quite an honour to be here today.

I do not have any written notes. I have gone through the executive summary of your report thus far, and some of the detail in the document itself. Many things I would like to say are already there, and I do not want to be repetitive, so I will talk about my latest report, which Senator Kirby did mention, called, "Beyond the public-private debate." The committee has done a great job in getting a variety of views on the public-private split. I have copies of the report with me.

With this report, I was trying to broaden the debate. As a proponent of more private-sector involvement in health care, I was often faced with one or two counter arguments. One argument is the private health care in the U.S. has been bad for Americans. The other argument I always encountered relates to the whole issue of who really is paying. No matter what the discussion, the topic of the payer would get in the way. The argument would be that you could not provide a particular service because it is not publicly provided. It would be said that you could not have private-sector involvement because only the rich patients would get treatment first, or they would get better quality treatment. As soon as mention was made of the private sector it was connected with a set of assumptions about the private-sector outcomes.

I set off to study various countries. I picked eight countries that differed from each other a lot as far as their mix of public-private sector involvement was concerned. Singapore's is probably the most private but, ironically, at the same time it is the most government mandated and directed. Then we have the United States. It is about half and half, I guess. Canada, as we all know, is about 30 per cent private, and yet there are some areas that the private sector cannot touch. I looked at that. I also chose certain countries because of their somewhat similar history: South Africa and Australia. South Africa, Australia and Canada are all former United Kingdom Commonwealth countries, and each has a very different system, in spite of the fact that they were all born of the same system.

I used the United Nations' human development index as a ranking tool because my experience has shown that it is a relative measure. I considered doing an absolute measure, for example, following along the lines of assessing water quality. In that instance you have certain targets concerning what you do not want in your water, and if you pass or fail, it gives you a water quality rating. It is absolute. You know if you failed; you know if you passed. In health care it is not so simple. For example, you may

leadership intellectuel dans la mise au point de systèmes d'information, l'amélioration de la qualité et l'évaluation des résultats.

Nous préparons aussi actuellement un mémoire pour la commission Romanow que nous serons heureux de communiquer au comité en novembre.

Mme Cynthia Ramsay, économiste de la santé, Elm Consulting: Je voudrais aussi remercier le comité d'avoir bien voulu m'inviter ici aujourd'hui. J'ai été quelque peu surprise parce que, en raison de mes antécédents professionnels auprès du Fraser Institute, et d'autres institutions, les autorités ne sont pas souvent portées à demander mon opinion sur les soins de santé. C'est tout un honneur d'être ici aujourd'hui.

Je n'ai pas d'exposé écrit. J'ai parcouru le résumé de votre rapport, et certains des détails du document lui-même. Beaucoup de choses que j'aimerais vous dire y figurent déjà, et je ne veux pas les répéter; je vous parlerai donc de mon dernier rapport, le sénateur Kirby a mentionné, intitulé, «Au-delà du débat public-privé». Le comité a fait un travail remarquable en obtenant divers points de vue sur la division public-privé. J'ai apporté des exemplaires du rapport.

Avec ce rapport, j'ai essayé d'élargir le débat. Militante d'une plus grande participation du secteur privé aux soins de santé, j'ai souvent dû faire face à un ou deux contre-arguments. Un de ceux-ci est que les soins de santé privés aux États-Unis ont été mauvais pour les Américains. L'autre que j'ai toujours rencontré porte sur la question de savoir qui paie vraiment. Quelle que soit la discussion, la question du payeur finit toujours par intervenir. L'argument serait qu'on ne peut fournir un service donné parce qu'il n'est pas publiquement disponible. On vous dira que vous ne pouvez pas permettre la participation du secteur privé parce que seuls les patients riches auraient accès aux traitements, ou qu'ils obtiendraient des traitements de meilleure qualité. Dès que l'on parle du secteur privé, on a à l'esprit un ensemble de suppositions sur les résultats qu'il entraîne.

J'ai décidé d'étudier divers pays. J'ai choisi huit pays très différents sur le plan de la répartition des secteurs public et privé. Singapour est vraisemblablement le cas le plus privé, mais, ironiquement, en même temps, c'est le régime le plus contrôlé et réglementé par le gouvernement. Ensuite, il y a les États-Unis. C'est environ moitié-moitié, je crois. Le Canada, comme chacun sait, est environ 30 p. 100 privé, et là encore il y a quelques domaines auxquels le secteur privé ne peut toucher. J'ai examiné cela. J'ai aussi porté mon choix sur certains pays à cause de leur histoire assez semblable: l'Afrique du Sud et l'Australie. L'Afrique du Sud, l'Australie et le Canada sont tous des pays de l'ancien Commonwealth britannique: ils ont des systèmes très différents, même s'ils partagent la même origine.

J'ai employé l'indice du développement humain des Nations Unies pour classer les pays, parce que mon expérience m'a démontré qu'il s'agit d'une mesure relative. J'ai envisagé de faire une mesure absolue, par exemple, en évaluant la qualité de l'eau. Dans ce cas, vous avez certains objectifs concernant ce que vous ne voulez pas dans votre eau, et si vous réussissez ou échouez, cela vous donne une évaluation de la qualité de l'eau. C'est une mesure absolue. Vous savez si vous avez échoué; vous savez si

say that you want the average length of stay in a hospital to be four days, but that may or may not be appropriate for everybody. It depends on who you are, what you are in for, and what hospital you are in. Therefore, I went with a relative rather than an absolute measure. I had the opportunity to broaden my own spectrum in that I started with every single variable that had ever been used in a comparison of countries. I had to narrow that down eventually because one of the conclusions of my study is that there is not a lot of data that is comparable.

Even this study has many caveats and, therefore, it should be taken with a grain of salt given that the data are incomplete in many areas. I ended up with about 100 variables at the end, which I then broke down into 17 larger categories. I will not mention all of them, but I looked at health status; socio-economic status; availability of services, which would include doctors, hospital beds and thing like that; and appropriateness of services, which would look at Caesarean sections and how many are done. I considered all 17 categories and ranked them. I then came up with an overall score for all of the countries. When I did that Singapore, out of a possible 100 being the best, came out about 62. I was disappointed that my country of choice only got a 62 out of 100.

Another conclusion of my study is that you cannot take everything from one country and impose it on Canada. I am not referring only to adaptations that take into account cultural differences; I am referring to the fact that, as I see it, no one country has necessarily gotten it right.

Despite a very different way of doing it, my rankings came out in the same order as the World Health Organization study 2000, apart from the fact that, in that study, Canada did better than Australia. The second country in that study was the United Kingdom which has a completely different system. We have heard lots of anecdotal evidence about the waiting lists there and other problems. You can have two incredibly different systems, one very private and one very public, and both seem to be faring relatively well, and definitely better than Canada.

Another conclusion is that we should not, in Canada, restrict our discussions to who is paying. If you structure it well enough, that should not matter in the end. There is no solely private, there is no solely public system out there.

The other part of the study has to do with population health. There are federal government departments devoted to looking at population health statistics. I wanted to assess whether the information they were putting out was kosher, so to speak.

There was also the assumption that health care comes within the medical system. I wanted to know how much the medical system has to do with population health status. The World Health Organization and other organizations and departments have said that the medical system does not have much to do with overall population health status. I am sure that is open for debate. My thought was: If that is the case, why are we so worried about

vous avez réussi. Dans les soins de santé, ce n'est pas si simple. Par exemple, vous pouvez dire que vous voulez que la durée moyenne du séjour dans un hôpital soit de quatre jours, mais c'est une valeur qui peut ne pas convenir à tout le monde. Cela dépend de qui vous êtes, pour quoi vous y êtes, et de l'hôpital où vous êtes. Donc, j'ai opté pour une mesure relative plutôt qu'absolue. J'ai eu l'occasion d'élargir mon propre champ d'activité en ce sens que j'ai commencé avec toutes les variables indépendantes qui avaient été employées dans une comparaison entre pays. J'ai dû réduire la fourchette en cours de route parce qu'une des conclusions de mon étude était qu'il n'y a pas énormément de données qui soient comparables.

Même cette étude s'accompagne de plusieurs mises en garde. Il faudra donc en prendre et en laisser étant donné que les données sont incomplètes dans de nombreux domaines. À la fin, j'avais environ 100 variables, que j'ai subdivisées en 17 grandes catégories. Je ne vous les mentionnerai pas toutes, mais j'ai considéré le statut de santé; l'état socio-économique; la disponibilité de services, ce qui comprendrait les médecins, les lits d'hôpital et des choses du genre; et la pertinence des services, qui tient compte des césariennes et de leur nombre. J'ai tenu compte des 17 catégories et je les ai classées. Puis j'ai attribué un score global à chacun des pays. Dans ces conditions, Singapour, sur un maximum de 100 (le meilleur), n'a obtenu qu'environ 62. J'ai été déçue que le pays que j'avais n'ait obtenu que 62 sur 100.

Une autre conclusion de mon étude, c'est qu'on ne peut prendre tout ce qu'il y a dans un pays et l'imposer au Canada. Je ne parle pas seulement des adaptations qui font intervenir des différences culturelles; je fais plutôt allusion au fait que, à mon avis, aucun pays n'a totalement réussi.

Malgré une méthodologie très différente, mes classements ont donné le même résultat que l'Organisation mondiale de la santé dans son étude de 2000, à part le fait que, dans cette étude, le Canada a devancé l'Australie. Le deuxième pays de cette étude était le Royaume-Uni, qui a un système totalement différent. Nous avons entendu quantité d'anecdotes sur les listes d'attente et autres problèmes. Vous pouvez avoir deux systèmes incroyablement différents, un très privé et l'autre très public, et les deux semblent fonctionner relativement bien, et nettement mieux que le Canada.

Une autre conclusion est que nous ne devrions pas, au Canada, limiter nos discussions à la source de financement. Si vous structurez bien votre système, cela ne devrait pas avoir une grande importance en fin de compte. Il n'existe nulle part de système entièrement privé ou entièrement public.

L'autre partie de l'étude porte sur la santé de la population. Il y a des ministères fédéraux chargés de suivre les statistiques sur la santé de la population. J'ai voulu vérifier si l'information qu'ils publient était valable, pour ainsi dire.

Il y avait aussi l'hypothèse que les soins de santé viennent à l'intérieur du réseau médical. J'ai voulu savoir quelle partie du système médical se consacre à l'état de santé de la population. L'Organisation mondiale de la santé et d'autres organismes et ministères ont dit que le système médical n'a pas grand-chose à voir avec l'état global de santé de la population. Je suis certaine que c'est discutable. Ma réaction a été la suivante: si tel est le cas,

ensuring that the least important part of health care is publicly funded and available to everybody equally? I am thinking of high tech surgeries and diagnostic testing. If literacy rates, income levels and immunization, which is a function of public health, are the more important correlations to life expectancy and lower mortality rates, perhaps government funding, if there is a restricted amount, should be more focused on those types of activities and public education, and allow for at least experimentation.

I am not suggesting that you go full swing into a private sector system because, if you do it wrong, you run the risk of leaving lower-income people behind. If you do it ad hoc like we are doing it now, randomly delisting things, you will leave lower-income people behind.

My recommendation is that we implement pilot projects that involve the private sector in a more innovative way.

The Chairman: Under your Aboriginal section you talk about a special report that your First People's Health Council developed.

Ms Lisa Kallstrom, Director of Policy and Advocacy, Health Association of British Columbia: Our council participated with the provincial health officer on this.

The Chairman: My only question is: How do we get a copy, or is it not available?

Ms Kallstrom: It is not quite ready yet. We hope it will be released before the end of the year.

The Chairman: Would you make sure that someone sends us a copy?

Ms Kallstrom: Yes.

The Chairman: My second question relates to the sentence at the end of your section on financing. You state:

The Health Association believes that efficiencies and improved effectiveness measures will be sufficient to ensure the sustainability of our health care system, rather than looking for additional revenue sources to expand health care expenditures even further.

As you can tell from our report, we have wrestled with that question in the context of the beauty of believing what that sentence says. Doing that, you manage to avoid many very difficult issues. Our view was that, since we did not know how much money was going to be saved, it was important that a discussion on other alternatives be started. I would like to know what your reaction is to our taking that point of view, and what it is that leads you to believe that there is sufficient money in the system.

Ms Kallstrom: We have literature evidence of services having no effect or a questionable effect. We should consider implementing service-delivery processes within the health care system to ensure that our services are indeed appropriate. We might consider

pourquoi sommes-nous si préoccupés de nous assurer que la partie la moins importante des soins de santé est publiquement financée et offerte également à tout le monde? Je pense aux chirurgies sophistiquées et aux tests diagnostiques. Si le taux d'alphabétisation, le niveau de revenu et l'immunisation, une fonction de la santé publique, sont les corrélations les plus importantes à l'espérance de vie et à des taux de mortalité plus faibles, peut-être le financement gouvernemental, s'il est limité, devrait se concentrer davantage sur ces types d'activités et l'enseignement public, et permettre au moins l'expérimentation.

Je ne vous suggère pas de vous lancer à corps perdu dans un système privé, parce que si vous vous y prenez mal, vous courez le risque de laisser pour compte les personnes à faible revenu. Si vous le faites de manière ad hoc comme maintenant, en déréglementant au hasard, vous allez laisser pour compte les personnes à faible revenu.

Ma recommandation est que nous lancions des projets-pilotes avec le secteur privé de façon plus novatrice.

Le président: Dans la partie traitant des Autochtones vous parlez d'un rapport spécial préparé par votre conseil de santé des premières nations.

Mme Lisa Kallstrom, directrice générale des politiques et de la promotion, Health Association of British Columbia: Notre conseil a participé à cette étude avec le médecin chargé du service provincial de la santé.

Le président: Ma seule question est la suivante: Comment peut-on en obtenir un exemplaire, ou est-il disponible?

Mme Kallstrom: Il n'est pas encore tout à fait prêt. Nous espérons le publier avant la fin de l'année.

Le président: Auriez-vous l'obligeance de nous en envoyer un exemplaire?

Mme Kallstrom: Oui.

Le président: Ma deuxième question porte sur la phrase qui se trouve à la fin de la partie qui traite du financement. Vous dites:

L'Association de la santé est d'avis que les gains de productivité et d'efficacité seront suffisants pour assurer la durabilité de notre système de soins de santé, plutôt que de rechercher des sources de revenus supplémentaires pour augmenter encore les dépenses des soins de santé.

Comme vous pouvez le dire à la lecture de notre rapport, nous avons examiné cette question dans le contexte de la beauté qu'il y a à croire ce que dit cette phrase. Ce faisant, on évite bien des questions très difficiles. Nous étions d'avis que, dès lors qu'on ne savait pas combien d'argent pourrait être épargné, il était important de lancer une discussion sur d'autres options. J'aimerais connaître votre réaction à ce point de vue, et ce qui vous conduit à croire qu'il y a suffisamment d'argent dans le système.

Mme Kallstrom: Nous avons dans les publications la preuve de services qui n'ont aucun effet ou un effet douteux. Nous devrions envisager de mettre en oeuvre des processus de prestation de services à l'intérieur du système de soins de santé

investing more federal funds into researching the effectiveness of procedures.

As well we might want to replicate some of the work done by ICES, the institute in Ontario so that we have a base-line knowledge across every province of the variation rates among all major procedures that are performed. That will start the clinical debate on what rates ought to be. Some rates vary phenomenally between local communities.

The Chairman: When you talk about initiating actions that trigger a debate and so on, it makes me even more convinced that our assumption is the right assumption. It seems to me very unclear — knowing how slowly this system changes, knowing that it deals with a major cultural shift — how much of an impact a debate will have, and when it will have an impact. Our view is that, however much wishful thinking goes on, we would like to not have to deal with the problem. We have an obligation, if you believe in any amount of system planning, or strategic planning, to be ready to deal with the problem when it arises. I am not arguing that there is anything wrong with wishful thinking. It is a good thing, as a matter of fact. I do see no evidence that makes the belief you express believable, I guess, is the best way to put it.

Ms Kallstrom: The Province of British Columbia may, in fact, be a real life experiment. We are facing the situation at the moment where we will have basically a zero, zero, zero increase in the health budget.

The Chairman: What does "zero, zero, zero" mean?

Ms Kallstrom: Zero per cent increase to the health expenditure, to the budget for health care services in this province.

The Chairman: For one year?

Ms Kallstrom: For three years. That is a brutal situation for health care to face. It may actually force the speeding up the hard look at what services are appropriate and beneficial for what patients under what conditions. Alternatively, this province will face other approaches such as random cuts or across-the-board cuts. There may be significant reductions in overall services. It may be the catalyst that will force those mechanisms to be put in place very quickly.

Senator Morin: Ms Ramsay, what is the Marigold Foundation?

Ms Ramsay: It is a charitable foundation group in Calgary. This is the biggest study they have conducted. They do not delve into policy. They have been a bit taken aback by the response to the study. What they generally tend to do is give college bursaries to mature students to go back to school, or they fund a park in a lower income area within the City of Calgary. That is where they tend to focus their attention.

Senator Morin: Who supports this foundation?

pour nous assurer que nos services sont effectivement appropriés. Nous pourrions envisager d'investir davantage de fonds fédéraux dans la recherche sur l'efficacité des procédures.

Également, nous pourrions vouloir refaire certains des travaux effectués par l'IRSS en Ontario pour que nous ayons une connaissance de base dans toutes les provinces des taux de variation entre toutes les grandes opérations qui sont exécutées. Cela lancera le débat clinique sur ce que devraient être ces taux. Certains taux varient considérablement entre les communautés locales.

Le président: Quand vous parlez de lancer des initiatives pour provoquer le débat et ainsi de suite, cela me convainc encore plus que notre hypothèse est la bonne. Il ne me semble pas clair du tout — connaissant la lenteur avec laquelle le système change, sachant qu'il s'agit d'un changement culturel majeur — quel impact une discussion aura, et quand elle l'aura. À notre avis, beaucoup émettent le vœu pieux de ne pas avoir à s'occuper du problème. Nous avons l'obligation, si vous croyez à une certaine planification du système, ou planification stratégique, d'être prêts à régler le problème quand il se présentera. Je ne cherche pas à critiquer ceux qui formulent ces vœux pieux. C'est une bonne chose, en fait. Je ne vois aucune preuve qui me fasse croire à ce que vous avancez, je crois que c'est la meilleure façon de l'exprimer.

Mme Kallstrom: La Province de Colombie-Britannique peut, en fait, constituer un essai grandeur réelle. Nous nous trouvons actuellement dans une situation dans laquelle nous aurons foncièrement une augmentation de zéro, zéro, zéro du budget de la santé.

Le président: Que signifie «zéro, zéro, zéro»?

Mme Kallstrom: Zéro pour cent d'augmentation des dépenses de santé, du budget des services des soins de santé dans cette province.

Le président: Pendant un an?

Mme Kallstrom: Pendant trois ans. C'est une situation brutale à laquelle devront faire face les soins de santé. Elle obligera peut-être en fait à accélérer la révision des services qui sont appropriés et bénéfiques pour certains patients dans certaines conditions. Sinon, la province devra recourir à d'autres approches comme des compressions aléatoires ou des compressions uniformes. Il y aura peut-être des réductions substantielles dans l'ensemble des services. Ce sera peut-être le catalyseur qui obligera à mettre en place ces mécanismes très rapidement.

Le sénateur Morin: Madame Ramsay, qu'est-ce que la Fondation Marigold?

Mme Ramsay: C'est une oeuvre de charité de Calgary. C'est l'étude la plus importante qu'elle ait réalisée. Elle ne s'intéresse pas aux politiques. Elle a été un peu déçue par la réaction à l'étude. Ce qu'ils ont l'habitude de faire, c'est de donner des bourses collégiales à des adultes pour les inciter à retourner à l'école, ou bien ils financent un parc dans un secteur démuné de la ville de Calgary. C'est dans ces domaines qu'ils ont leurs principales activités.

Le sénateur Morin: Qui appuie cette fondation?

Ms Ramsay: It is a private organization that receives many donations. They have not shared all of that information with me.

Senator Morin: Would the donors be mainly corporations?

Ms Ramsay: I would assume so, yes. It would be the private sector, not government.

Senator Morin: I should like to quote from your report, specifically table 1 as it refers to "Technology" and "6.2." This demonstrates how well-founded your various figures are, because we found that, in other ways, we are well below the OECD countries on the list in the technology category. Over the years we have not spent enough on technology.

Waiting lists are a major problem, in spite of the fact that we are not doing things too badly.

I would also refer you to patient satisfaction. What is so clear is how dissatisfied patients are in Canada compared to those in other countries. They are even more dissatisfied than patients in South Africa. Their level of satisfaction, in fact, is close to that of the United States. It is as good as in the U.K., which has the second highest rating. The U.S. is not far behind Singapore. However, it surprises me that Canada is way below everybody. Why? Can we blame the press? I think the press reflects what the Canadian public is telling us.

Where I take issue with your score, and this also applies to the World Health Organization study, is that what we are really studying is the health care delivery system. Health status is another thing. To study health status then we go to health indicators such as the infant mortality rate, birth weight, the number of people who smoke and so forth. I read a good article on the plane last night, which indicated that the health care delivery system accounts for less than 25 per cent of the health figures. For example, what health indicator should palliative care come under? We have to spend on it. Large portions of our health care costs are expended during the last year of life, and that is how it should be. That does not show up on any health indicator.

I was hoping to remove a number of items that have nothing to do with the health care delivery system. For example, demographics, socio-economic status, have nothing to do with it. I would also remove spending. There is nothing wrong with spending a lot. You said yourself that the public-private mix is not important, so why bring it into the equation?

Ms Ramsay: In the overall score, demographics and socio-economic status are not included because it would be unfair to penalize South Africa for its turbulent history.

Senator Morin: You include total spending, that is, public sector spending and private spending.

Ms Ramsay: Yes. I was able to footnote myself as a dissenting opinion. I do not think increasing health care costs is a problem.

Mme Ramsay: C'est un organisme privé qui reçoit de nombreux dons. Ils ne m'ont pas fourni ce genre de renseignements.

Le sénateur Morin: Les donateurs sont-ils principalement des entreprises?

Mme Ramsay: Je le suppose, oui. Ce serait du secteur privé, et non gouvernemental.

Le sénateur Morin: J'aimerais citer votre rapport, plus précisément le tableau 1 qui porte sur la «Technologie» et «6.2». Cela démontre combien vos données sont fondées, parce que nous avons déterminé, à d'autres égards, nous sommes bien en dessous des pays de l'OCDE sur la liste dans la catégorie de la technologie. Au fil des ans nous n'avons pas assez investi en technologie.

Les listes d'attente constituent un problème majeur, malgré le fait que nous nous en tirons pas trop mal.

Je vous renvoie aussi à la satisfaction des patients. Ce qui est très clair, c'est l'insatisfaction des patients au Canada par rapport à ceux d'autres pays. Ils sont encore plus mécontents qu'en Afrique du Sud. Leur niveau de satisfaction, en fait, est proche de celui des États-Unis. C'est aussi bon qu'au Royaume-Uni, qui arrive en deuxième place. Les États-Unis ne sont pas loin derrière Singapour. Toutefois, je suis surpris que le Canada arrive derrière tout le monde. Pourquoi? Peut-on condamner la presse? Je pense que la presse reflète ce que nous dit le public canadien.

Où je suis en désaccord avec votre score, et cela s'applique également à l'étude de l'Organisation mondiale de la santé, c'est que ce que nous étudions vraiment, c'est le système de prestation des soins de santé. L'état de la santé est autre chose. Pour étudier l'état de la santé, nous faisons appel à des indicateurs de santé tels que le taux de mortalité infantile, le poids à la naissance, le nombre de fumeurs et ainsi de suite. J'ai lu un bon article dans l'avion hier soir: on y trouvait que le réseau de prestation des soins de santé compte pour moins de 25 p. 100 des données sur la santé. Par exemple, quel indicateur devrait-on utiliser pour les soins palliatifs? Nous devons y consacrer des sommes importantes. Une grande partie de nos dépenses en soins de santé interviennent durant la dernière année de vie, et c'est bien normal. Aucun indicateur de santé ne le montre.

J'avais espéré faire disparaître un certain nombre d'éléments qui n'ont rien à voir avec le réseau de prestation des soins de santé. Par exemple, la démographie, le statut socio-économique, n'ont rien en commun. J'enlèverais aussi les dépenses. Il n'y a rien de mal à beaucoup dépenser. Vous avez dit vous-même que la proportion public-privé n'a pas d'importance, alors pourquoi figurerait-elle dans l'équation?

Mme Ramsay: Dans le pointage global, la démographie et le statut socio-économique ne sont pas compris parce qu'il serait injuste de pénaliser l'Afrique du Sud pour son histoire vécue.

Le sénateur Morin: Vous incluez les dépenses totales, c'est-à-dire, celles du secteur public et du secteur privé.

Mme Ramsay: Oui. J'ai mentionné en bas de page mon opinion dissidente. Je ne pense pas que l'augmentation du coût des soins de santé soit un problème.

Senator Morin: So why did you put that in?

Ms Ramsay: The sentiment of the day of most health care experts and the government is that we should try to contain cost every which way with health care. I took the popular opinion of the day and assumed that higher health care costs were the worst option, but then I found that Singapore, which does not spend that much, performed better than Germany.

Senator Morin: I think you should look at it the other way. Singapore has a good health care system, but it does not cost very much. I think we should take it out.

Ms Ramsay: In one of the rankings in the more in-depth report, the fourth one, I took out spending entirely. That changed the picture somewhat for the other countries. Canada still stays sixth at table 2 in the executive summary. Germany, if you take spending out of it and do not distinguish between the private or the public sector, Germany comes out number one, followed by Switzerland, the United Kingdom, Singapore, the United States and then Canada.

Senator Morin: Are waiting lists dealt with under "Availability of services"?

Ms Ramsay: Yes.

Senator Morin: The waiting lists in the U.K. are just terrible at 35. Britons will wait five years for a hip replacement. I cannot understand that number when compared to the 48 for Canada. That surprised me. I apologize, Mr. Chairman for dwelling on all these details.

Ms Ramsay: It is good to do that.

Senator Morin: I studied this list carefully and I thought it was excellent.

Ms Ramsay: As I say, if you want to look at the ones where spending is not included at all, then I would refer you to the fourth ranking on table 2.

Senator Morin: Even those who believe there is no problem with the Canadian system must admit that we are way below the other countries, and I think the two reasons we are way below is the fact that we are so poor in technology and that we are so poor in patient satisfaction. Those two elements drag us down.

Senator St. Germain: I would ask both doctors: Has the technology factor impacted your ability to carry on your profession in this country?

Senator Morin: Absolutely.

Senator Keon: I happen to practice in an institute that has state-of-the-art technology.

Senator Morin: You have a certain conflict of interest.

The Chairman: Is the patient satisfaction data obtained by surveys of patients, or is it a general population survey of attitudes?

Le sénateur Morin: Alors, pourquoi l'avez-vous inclus?

Mme Ramsay: Le leitmotiv chez la plupart des experts en soins de santé et au gouvernement, c'est qu'il faudrait essayer de contenir les coûts de toutes les manières possibles dans le cas des soins de santé. J'ai pris l'opinion populaire du jour et j'ai supposé qu'une augmentation du coût des soins de santé représentait la pire option, mais alors j'ai trouvé que Singapour, qui ne dépense pas beaucoup, offrait un meilleur rendement que l'Allemagne.

Le sénateur Morin: Je pense que vous devriez considérer cela dans l'autre sens. Singapour a un bon système de soins de santé, mais il ne coûte pas grand-chose. Je pense qu'il faudrait le retirer.

Mme Ramsay: Dans un des classements dans le rapport plus approfondi, le quatrième, j'ai entièrement supprimé les dépenses. Cela a quelque peu modifié le classement pour les autres pays. Le Canada reste sixième au tableau 2 du résumé. L'Allemagne, si vous éliminez les dépenses et ne faites pas la distinction entre le secteur public ou privé, l'Allemagne arrive en tête, suivie de la Suisse, du Royaume-Uni, de Singapour, des États-Unis, et enfin du Canada.

Le sénateur Morin: Les listes d'attente sont-elle traitées à la rubrique «Disponibilité de services»?

Mme Ramsay: Oui.

Le sénateur Morin: Les listes d'attente au Royaume-Uni sont terribles avec 35. Les Britanniques attendront cinq ans pour le remplacement d'une hanche. Je n'arrive pas à comprendre ce chiffre par rapport au Canada, avec 48. Cela me surprend. Je m'excuse, monsieur le président de rentrer dans tous ces détails.

Mme Ramsay: Il faut le faire.

Le sénateur Morin: J'ai soigneusement étudié cette liste et je l'ai trouvée excellente.

Mme Ramsay: Comme je vous l'ai dit, si vous voulez examiner celles desquelles les dépenses ont été entièrement éliminées, reportez-vous au quatrième classement du tableau 2.

Le sénateur Morin: Même ceux qui croient qu'il n'y a pas de problème avec le système canadien doivent admettre que nous sommes nettement en dessous des autres pays, et je pense que les deux raisons qui expliquent cet état de choses sont le fait que nous avons si peu de technologie et que le niveau de satisfaction des patients est très bas. Ces deux éléments nous font perdre des points.

Le sénateur St. Germain: J'ai une question pour les deux médecins: le facteur technologique a-t-il affecté votre capacité d'exercer votre profession dans ce pays?

Le sénateur Morin: Absolument.

Le sénateur Keon: Il se trouve que je pratique dans un institut qui dispose d'une technologie d'avant-garde.

Le sénateur Morin: Vous avez un certain conflit d'intérêts.

Le président: Est-ce que les données sur la satisfaction des patients ont été recueillies par des enquêtes auprès des patients, ou par un sondage général des attitudes auprès de la population?

Ms Ramsay: I don't know. It is from Commonwealth Fund surveys that have been done a couple of times in five countries, one of which I have not included here, New Zealand.

The Chairman: Their latest one was completed just last week. I happened to be at the conference where it was done. We should talk about that.

Ms Ramsay: Definitely.

The Chairman: It is, essentially, a general population reaction. I was in the market research business for a long time, so I know that, if you survey Canadians about the health care system and then break the answers of the general population who have had no contact with the system versus people who have actually had contact with the system in the last six months, the people who have had contact with the system have a substantially more positive view of the system than the general public. To that extent, in other words, the perception obtained through the media and elsewhere has changed people's opinion a lot more than actual patients, which is not, by the way, to say that patients are terribly satisfied.

Senator Morin: You should question patients on the waiting list.

The Chairman: Then you find, of course, they are very unhappy.

Senator Roche: I want to come back to Ms Ramsay on this point. I do not understand why it is so important to talk about patient satisfaction in any event when health status, which is the more important element, it is the substantive issue. We are the highest. Perhaps, as the Chairman has said, it is people who have not touched the system who are expressing dissatisfaction based on what they have heard. Is it not much more important to concentrate on what is positive in the system and that has produced the highest figure, that is, health status?

Ms Ramsay: Patient satisfaction is important because the whole system is there to serve patients. What they feel of it is important. That is why I included it. As far as the system's effect on health status is concerned, I would argue that the system — medical doctors, nurses, hospitals, technologies, surgeries — does not have much to do with the health status figure. We happen to be a richer country, a more literate country, more educated, and we do not have wars or famines.

The Chairman: The health status data in any country is not driven by the quality of the health care system, it is driven by all of the determinants of health other than the health care system.

Senator LeBreton: Ms Ramsay, I have seen this report myself so you must have had somebody promoting you.

Ms Ramsay: I did all myself, so I must have sent it. I do not remember.

Mme Ramsay: Je ne sais pas. Elles proviennent de sondages du Fonds du Commonwealth qui ont été effectués à plusieurs reprises dans cinq pays, dont l'un n'a pas été inclus, la Nouvelle-Zélande.

Le président: Le dernier vient de se terminer la semaine dernière. J'étais à la conférence où il a eu lieu. Nous devrions en parler.

Mme Ramsay: Certainement.

Le président: C'est, essentiellement, une réaction de la population en général. J'ai fait des études de marché pendant longtemps, alors je sais que si on interroge les Canadiens sur le système de soins de santé, puis qu'on sépare les réponses de la population en général qui n'a eu aucun contact avec le système de celles des gens qui ont eu réellement un contact avec le système dans les six derniers mois, ces derniers ont une opinion du système nettement plus positive que le grand public. À cet égard, en d'autres mots, la perception obtenue des médias et ailleurs a modifié l'opinion de gens beaucoup plus que les patients réels, ce qui, en passant, ne signifie pas pour autant que les patients soient terriblement satisfaits.

Le sénateur Morin: Vous devriez interroger les patients sur la liste d'attente.

Le président: Alors vous trouvez, bien sûr, qu'ils sont très insatisfaits.

Le sénateur Roche: Je voudrais revenir à Mme Ramsay sur ce point. Je ne comprends pas pourquoi il est si important de parler de la satisfaction des patients, en tout cas quand l'état de santé, qui est l'élément le plus important, est la question de fond. Nous arrivons en tête. Peut-être, comme l'a dit le président, que ce sont les gens qui n'ont pas eu de contact avec le système qui forment leur insatisfaction compte tenu de ce qu'ils ont entendu. N'est-il pas beaucoup plus important de se concentrer sur ce qui est positif dans le système et qui a produit le chiffre le plus élevé, c'est-à-dire l'état de santé?

Mme Ramsay: La satisfaction des patients est importante parce que le système complet est là pour servir les patients. Leur réaction est importante. C'est pourquoi je l'ai incluse. En ce qui concerne les effets du système sur l'état de santé, je dirais que le système — les médecins, les infirmières, les hôpitaux, les technologies, les chirurgies — n'a pas grand-chose à voir avec le chiffre concernant l'état de santé. Il se trouve que nous sommes un pays plus riche, un pays plus instruit, et nous n'avons pas de guerres ou de famines.

Le président: Les données sur l'état de santé dans tous les pays ne sont pas influencées par la qualité du système de soins de santé, mais plutôt par tous les déterminants de la santé autres que le système de soins de santé.

Le sénateur LeBreton: Madame Ramsay, j'ai vu ce rapport moi-même, alors vous deviez avoir quelqu'un qui vous commandait.

Mme Ramsay: J'ai tout fait moi-même, donc j'ai dû l'envoyer. Je ne m'en souviens pas.

Senator LeBreton: Our last series of witnesses were heard by means of teleconferencing with people in the United States, Germany, the U.K., Australia, and Sweden. Everybody assumes that Sweden is a socialist country, and yet they have a private sector built into their system all the way through and including hospitals. As a matter of fact, St. George's Hospital in Stockholm is a tremendous success story. I do not know whether you have looked at Sweden. You do suggest that we try some pilot, experimental projects. Where would you start with those pilot, experimental projects? What areas would you suggest we look at?

Ms Ramsay: I will preface my remarks by saying I am a bit of a dreamer in a way, I guess, and I do not work in the system. I do know, however, that a lot of practicalities would get in the way. In an ideal world, I would try some sort of a medical savings account system. In Singapore a certain percentage of your income is taken off your wages and put towards a medical savings account that has your name on it. It is for you and your immediate family to use for health care. That turned out to be inadequate and six years later they ended up having to introduce another insurance scheme for catastrophic insurance because people who had, say, a heart attack or were hit by a car had not saved enough to pay for their treatment. They then found that even that was not enough. Later they introduced an endowment fund. If you do not work or if you, for some reason, lose your job, or you spend all the money in your medical savings account and you have no family, there is a committee that will, if you prove need, subsidize your care.

Given Singapore's experience over 10 years or more, Canada could start from that point. Instead of starting with the medical savings account, Canada could try to implement something along the lines of a medical savings account-catastrophic insurance. There are many ways of organizing it. For example, it could be a government account. You could still have a completely public system. If the government spends \$2,500 on average — and I am picking a number out of the air, I do not know what the latest per capita figures are on health care spending per capita — for everybody, then everybody has a \$2,500 deductible before their catastrophic insurance kicks in and the government gives everybody their \$2,000. There would be somewhat of a gap. You could use the tax system. There are many ways of doing it, but the general idea would be that there would be a gap so that, if you spend all the government money up to \$2,000, there is \$500, maximum, that you are responsible for every year. If you go over that, then the catastrophic insurance kicks in. Then you will not need to declare bankruptcy. If you only spend \$1,000, then you have the \$1,000 that the government gave you that you can now save for the next year. You are already \$1,000 ahead of the game. Then you start saving your money. You get interest and you start capitalizing funds for the necessary care, as Dr. Morin pointed out, that you are going to need in the last years of your life.

Le sénateur LeBreton: Notre dernière série de témoins a été entendue au moyen d'une téléconférence avec des gens des États-Unis, d'Allemagne, du Royaume-Uni, d'Australie, et de Suède. Tout le monde croit que la Suède est un pays socialiste, et pourtant ils ont un secteur privé dans leur système à tous les niveaux, y compris les hôpitaux. En fait, l'Hôpital Saint-Georges de Stockholm est une énorme histoire à succès. Je ne sais pas si vous avez examiné la Suède. Vous suggérez que nous lancions quelques projets-pilotes, expérimentaux. À cet égard, par où commence-t-on? Quels sont les secteurs que vous nous suggérez d'examiner?

Mme Ramsay: Je dirais d'abord que je suis un peu une rêveuse, je pense, et que je ne travaille pas dans le système. Je sais, toutefois, qu'un grand nombre d'éléments pratiques viendraient nous gêner. Dans un monde idéal, j'essaierais une forme ou une autre de compte d'épargne-santé. À Singapour, un certain pourcentage de votre revenu est prélevé dans votre salaire et placé sur un compte d'épargne-santé à votre nom. C'est pour vous et votre famille immédiate, et réservé aux soins de santé. Mais ce système n'a pas bien fonctionné et six ans plus tard ils ont fini par être obligés de lancer un autre régime d'assurance, l'assurance-catastrophe, parce que les gens qui avaient, disons, une crise cardiaque ou se faisaient frapper par une voiture n'avaient pas assez épargné pour payer leurs traitements. Puis on s'est rendu compte que ce n'était encore pas assez. En fin de compte, ils ont créé un fonds de dotation. Si vous ne travaillez pas ou si, pour une raison ou une autre, vous perdez votre emploi, ou vous avez dépensé tout l'argent de votre compte d'épargne-santé et vous n'avez pas de famille, il y a un comité qui, si vous en démontrez le besoin, subventionnera votre hospitalisation.

Compte tenu de l'expérience de Singapour sur une période de 10 ans ou plus, le Canada, pourrait repartir de là. Au lieu de commencer avec le compte d'épargne-santé, le Canada pourrait essayer de lancer quelque chose dans le genre d'un compte d'épargne-santé/assurance-catastrophe. Il y a de nombreuses façons de s'y prendre. Par exemple, il pourrait s'agir d'un compte géré par le gouvernement. On pourrait encore avoir un réseau entièrement public. Si le gouvernement dépense 2 500 \$ en moyenne — et je prends un chiffre au hasard, je ne connais pas les derniers chiffres pour les dépenses des soins de santé par habitant — pour tout le monde, alors tout le monde a une franchise de 2 500 \$ avant que l'assurance-catastrophe entre en jeu, et le gouvernement donne à tout le monde ses 2 000 \$. Il y aurait un écart. On pourrait faire appel au système fiscal. Il y a de nombreuses façons de le faire, mais le principe serait qu'il y aurait un écart pour que, si vous dépensez l'argent du gouvernement jusqu'à concurrence de 2 000 \$, il y a 500 \$, au maximum, dont vous êtes responsable chaque année. Si vous allez au-delà, l'assurance-catastrophe intervient. Vous n'aurez plus besoin de faire faillite. Si vous ne dépensez que 1 000 \$, il vous reste les 1 000 \$ que le gouvernement vous a donnés et que vous pouvez maintenant épargner pour l'an prochain. Vous avez déjà 1 000 \$ d'avance. Puis vous commencez à épargner. Vous gagnez des intérêts et vous commencez à accumuler des fonds pour les soins nécessaires, comme le Dr Morin l'a souligné, dont vous aurez besoin au crépuscule de votre vie.

That would be my ideal pilot project, but it would have to be large enough so that it could act like a true insurance scheme because you need a large risk pool.

Senator Carney: I was having my consultation with my orthopaedic surgeon in the hall when you slipped in. Could you give me an example of who some of your members are? When you say "health authorities" and "health organizations such as non-amalgamated health service providers." I do not know what you mean. Who are the non-amalgamated health service providers?

Ms Grant: The members of the Health Association of B.C. are all of the health authorities in Prince George involved in the regionalization process.

Senator Carney: In Prince George?

Ms Grant: I am sorry. I meant to say "British Columbia." I come from Prince George. I am referring to those authorities in British Columbia, and the members that have not amalgamated with health authorities.

Senator Carney: Like the B.C. Cancer and G.F. Strong and some of the others?

Ms Grant: That is right.

Senator Carney: You mentioned regionalization, and you suggest that it should be increased to the point of covering physicians' service and things like that. There is some criticism that regionalization has led to a very bloated bureaucracy here, particularly in the Lower Mainland. I know that you probably cannot afford to point fingers, but a lot of money has gone into the bureaucracy of the regionalization process, vis-à-vis health care, patient care. What is your view of that? Is it still the case that no medical personnel can sit on a regional council?

Ms Grant: No, one member on every health authority is a physician and is obviously representing the point of view of physicians.

Senator Carney: In the beginning I believe that there were no medical personnel.

How do you react to the charge that regionalization has led to a bloated bureaucracy at the expense of patient services in terms of sustainability of the health care service?

Ms Grant: There have been a number of cases where efficiencies have been realized through regionalization. Therefore, the bureaucracy has not been expanded in every case.

Senator Carney: Have there been such instances in the billion-dollar Lower Mainland area? Do you think there is less bureaucracy now?

Ms Grant: I cannot specifically speak for the Lower Mainland but, in some areas, yes, there is; in other areas, possibly there is not.

Senator LeBreton: Ms Ramsay, one of the experimental projects you suggest is a medical savings account. Do you have any other suggestions?

Ce serait mon projet pilote idéal, mais il faudrait qu'il soit assez grand pour se comporter comme un vrai régime d'assurance parce que le risque doit être étalé sur un groupe relativement important.

Le sénateur Carney: J'étais en consultation avec mon orthopédiste dans l'entrée quand vous avez commencé. Pourriez-vous me donner un exemple de qui sont certains de vos membres? Quand vous dites «les autorités de la santé» et «les organismes de santé comme les fournisseurs de services de santé non fusionnés», je ne sais pas ce que vous voulez dire. Qui sont ces fournisseurs de services de santé non fusionnés?

Mme Ramsay: Les membres de l'Association de la santé de la Colombie-Britannique sont toutes les autorités de la santé à Prince George qui participent au processus de régionalisation.

Le sénateur Carney: À Prince George?

Mme Grant: Excusez-moi, je voulais dire de «Colombie-Britannique». Je viens de Prince George. Je parle des autorités de Colombie-Britannique, et des membres qui n'ont pas fusionné avec les autorités de la santé.

Le sénateur Carney: Comme B.C. Cancer, G.F. Strong et certains autres?

Mme Grant: C'est exact.

Le sénateur Carney: Vous avez parlé de la régionalisation, et vous semblez dire qu'il faudrait l'augmenter de manière à couvrir les services des médecins et d'autres choses du genre. Certains ont critiqué la régionalisation en disant qu'elle avait provoqué un gonflement de la bureaucratie, notamment dans la vallée du bas Fraser. Je sais que vous ne pouvez pas vous permettre de pointer du doigt, mais beaucoup d'argent a été dépensé dans la bureaucratie entourant le processus de régionalisation, sur le plan des soins de santé, des soins aux patients. Qu'en pensez-vous? Est-il encore vrai qu'aucun membre des professions médicales ne peut siéger à un conseil régional?

Mme Grant: Non, un membre de chaque autorité de la santé est médecin et représente évidemment le point de vue des médecins.

Le sénateur Carney: Au début, je crois qu'il n'y avait pas de personnel médical.

Comment réagissez-vous à l'accusation que la régionalisation a provoqué un gonflement de la bureaucratie aux dépens des services aux patients en matière de durabilité du service des soins de santé?

Mme Grant: Il y a eu un certain nombre de cas où des gains de productivité ont été réalisés grâce à la régionalisation. Donc, la bureaucratie n'a pas été augmentée dans chaque cas.

Le sénateur Carney: Y en a-t-il eu dans la région du milliard de dollars, la vallée du bas Fraser? Pensez-vous qu'il y a moins de bureaucratie maintenant?

Mme Grant: Je ne peux pas parler précisément de la région de la vallée du bas Fraser, mais, dans quelques secteurs, oui, c'est le cas; dans d'autres secteurs, peut-être pas.

Le sénateur LeBreton: Madame Ramsay, un des projets expérimentaux que vous suggérez est un compte d'épargne-santé. Avez-vous d'autres suggestions?

Ms Ramsay: I think anything may be appropriate. I am not necessarily against regionalization as long as the regions are ultimately responsible for their decisions and cannot pass the buck to another region or to the provincial government, so that, then, the provincial government passes it to the federal government. I believe that anything that gets the financial decision-making process closer to the patient is a step in the right direction.

Senator Keon: We have one of the healthiest populations in the world and one of the unhappiest populations with our health care system. It highlights something that I think is of enormous importance to the health authorities in Canada if they are going to move forward with improvement. That is, when we look at population health, the health care delivery system is, in fact, not a very big contributor to the determinants of health. Consequently, the recommendations that come out of studies on population health deal with public health, disease prevention, and health related social conditions such as housing and wealth. We have never ferreted down to the detail that is necessary to look at our health care delivery systems. Consequently, this tremendous tool is not being used to monitor our health care delivery system.

That brings me back to Ms Grant's presentation where she made a very good recommendation, and that is that each province have a health atlas similar to the one in Ontario that comes out of ICES. The founder of that institute is a very good friend of mine. I have known him for years. He is now a dean rather than heading up ICES. That institution provides tremendously useful data. However, the problem with the ISIS reports and the atlases is that they are performance atlases. They are not looking at the problem that existed the year you went into it and the problem that existed the year you came out of it. They simply look at the performance of the health professionals and the health institutions in that year.

I would like to hear the views of both of you on how we could narrow the gap, because we are coming very close to a tremendously useful instrument, but we are not there.

Ms Kallstrom: In British Columbia, our health authorities do develop three-year rolling health services plans that are based on demographic characteristics, such as mobility characteristics, and socio-economic characteristics. They look at the services that are available within a health authority and consider, for the next year or three years, what the health services plan should look at in order to marry the two to address gaps, duplications, or unnecessary services. This is fairly new. It has not been in operation for more than two years. It needs to evolve.

The recommendation was that we need provincial and federal support to increase that information. We need evidence of what the population in each community looks at: what kinds of services do they have; who are they provided by; what are the outcomes of those services. The atlas, of course, provides how much service, per population, was provided.

Mme Ramsay: Je pense que n'importe quoi pourrait convenir. Je ne suis pas nécessairement contre la régionalisation dans la mesure où les régions sont ultimement redevables de leurs décisions et ne peuvent pas refiler la responsabilité à une autre région ou au gouvernement provincial, pour que celui-ci la repasse au gouvernement fédéral. Je crois que toute mesure qui rapproche le processus de prise de décisions financières du patient est un pas dans la bonne direction.

Le sénateur Keon: Nous avons une des populations les plus en santé au monde et une des populations les plus insatisfaites de notre système de soins de santé. Cela souligne quelque chose qui, je le pense, est d'une énorme importance pour les autorités de la santé au Canada si elles veulent aller de l'avant et améliorer le système. C'est que, lorsqu'on examine la santé de la population, le réseau de prestation des soins de santé n'est pas, en fait, un contributeur très important aux déterminants de la santé. Par conséquent, les recommandations qui découlent d'études sur la santé de la population portent sur la santé publique, la prévention des maladies, et les conditions sociales liées à la santé comme le logement et la richesse. Nous n'avons jamais fouillé suffisamment dans le détail pour analyser nos systèmes de prestation des soins de santé. En conséquence, cet outil extraordinaire n'est pas employé pour contrôler notre réseau de prestation de soins de santé.

Cela me ramène à l'exposé de Mme Grant, où elle a formulé une très bonne recommandation, à savoir que chaque province devrait avoir un atlas de la santé similaire à celui de l'Ontario qui est produit par l'IRS. Le fondateur de cet institut est un de mes très bons amis. Je le connais depuis des années. Il est maintenant doyen plutôt que directeur de l'IRS. Cette institution fournit des données extrêmement utiles. Toutefois, le problème avec les rapports de l'ISIS et les atlas, c'est que ce sont des atlas de rendement. Ils n'examinent pas le problème qui existait l'année où vous y êtes allée, et le problème qui existait l'année où vous en êtes sorti. Ils examinent simplement le rendement des professionnels de la santé et des établissements de santé durant l'année.

J'aimerais entendre votre avis à toutes les deux sur la façon dont nous pourrions réduire l'écart, parce que nous sommes rendus très proches d'un instrument extrêmement utile, mais nous n'y sommes pas encore.

Mme Kallstrom: En Colombie-Britannique, nos autorités de la santé préparent des plans triennaux qui tiennent compte de caractéristiques démographiques comme la mobilité, et des caractéristiques socio-économiques. Ils considèrent les services disponibles à l'intérieur d'une autorité de la santé et envisagent, pour l'année suivante ou les trois années suivantes, ce que le plan des services de santé devrait considérer de façon à marier les deux pour combler les lacunes, éviter les doublons, et éliminer les services inutiles. C'est relativement nouveau. C'est utilisé depuis moins de deux ans. Cela a besoin d'évoluer.

La recommandation indiquait que nous avions besoin de l'appui du provincial et du fédéral pour augmenter cette information. Nous avons besoin des preuves de ce que la population de chaque communauté considère: les sortes de services qu'ils ont; qui les fournit; quels en sont les résultats. L'atlas, bien sûr, indique quels services ont été fournis, par rapport à la taille de la population.

However, an even more important indicator would be the actual outcomes. What were the results in those communities? Canadians are healthy. Within Canada, British Columbians are the healthiest, with the exception, of course, of our Aboriginal population. We have a particular challenge from a population health perspective and from a health services perspective. How can we design our services and deliver them so that they will be maximally effective? However, we are missing the first base-line information.

Ms Ramsay: There is the difference between the general population and the First Nations population. In doing this study, I travelled up to Prince George and Vanderhoof. In many areas of British Columbia the health status figures are not as optimistic as those for the rest of the province. Certain areas are not doing as well. Ideally, you want the needs of your population needs so you can provide for them. We will always be guessing, to a large extent, if we do not ask the patients what they need or give them more control over where they can go or where they can direct their funds.

Someone asked Dr. Day if there were enough orthopaedic surgeons. The most we can say right now is that there are not enough; but how many is enough? It is very difficult to say when you are assessing it from the top down.

While I do laud these efforts — and obviously I like data, and the more I can have the better it is to look at the system and how it is performing — I do not know if we will come at it from the right direction.

Senator Keon: I think you will. Your problem is you are not drilling deep enough. You have a tremendous handicap in that you do not have a health care information system that is adequate. Again, I believe that will come.

If you do this on a yearly basis, a three year basis or whatever, one of the most important components you can look at is the change that is occurring and assess where you have come from. The next time you do the exercise, you must drill deep into the health care delivery system and into disease entities. Gather information on diabetes, for example, and assess how that impacts on the system. Do the same thing for cardiovascular services. I think you will find that information if you drill deep enough.

Ms Ramsay: Part of the problem is that we are strapped for resources. Where do you find the financial resources and the human resources to drill down that deep?

Senator Keon: You are absolutely right. We were discussing with the group who appeared before you how we can collectively get ourselves, our governments, our citizens, into the operational frame of mind to make the kind of quantum change that was made in the 1960s. Of course, if we could do that we could solve our problem.

Toutefois, un indicateur encore plus important serait les résultats réels. Quels ont été les résultats dans ces communautés? Les Canadiens sont en bonne santé. Au Canada, les Britannico-Colombiens sont ceux qui sont en meilleure santé, à l'exception, bien sûr, de notre population autochtone. Nous avons un défi particulier du point de vue santé de la population et du point de vue des services de santé. Comment pouvons-nous concevoir nos services et les livrer pour qu'ils bénéficient d'une efficacité maximum? Toutefois, il nous manque la première information.

Mme Ramsay: Il y a une différence entre la population en général et la population des premières nations. En effectuant cette étude, je me suis rendue jusqu'à Prince George et Vanderhoof. Dans bien des régions de Colombie-Britannique, les chiffres relatifs à l'état de santé ne sont pas aussi optimistes que ceux du reste de la province. Certains secteurs ne réussissent pas aussi bien. Idéalement, vous voulez connaître les besoins de votre population pour les satisfaire. Nous serons toujours, dans une large mesure, obligés de deviner si nous ne demandons pas aux patients quels sont leurs besoins ou si nous ne leur donnons pas un contrôle plus important sur où ils peuvent aller ou à quoi ils peuvent consacrer leurs fonds.

Quelqu'un a demandé au Dr Day s'il y avait assez de chirurgiens orthopédistes. Tout ce qu'on peut dire à l'heure actuelle, c'est qu'il n'y en a pas assez; mais combien est assez? C'est très difficile à dire lorsqu'on examine la situation vue de haut.

Tout en applaudissant ces efforts — et évidemment j'aime les données, et plus je peux en avoir, mieux cela vaut pour analyser le système et son niveau de performance — je ne sais pas si nous allons l'aborder du bon côté.

Le sénateur Keon: Je pense que oui. Le problème, c'est que vous ne creusez pas assez profondément. Vous avez un handicap énorme en ce que vous ne disposez pas d'un système convenable d'information des soins de santé. Encore une fois, je pense que cela viendra.

Si vous faites cela sur une base annuelle, triennale ou autre, l'un des éléments importants que vous pouvez examiner est le changement qui se produit et constater quel est le chemin parcouru. La prochaine fois que vous ferez l'exercice, vous devrez creuser profond dans le réseau de prestation des soins de santé et dans les maladies. Recueillez des renseignements sur le diabète, par exemple, et évaluez ses effets sur le système. Faites la même chose pour les services cardio-vasculaires. Je pense vous trouverez cette information-là si vous creusez assez profond.

Mme Ramsay: Une partie du problème est que nous sommes à court de fonds. Où trouve-t-on les ressources financières et humaines nécessaires pour creuser aussi profond?

Le sénateur Keon: Vous avez absolument raison. Nous discutons avec le groupe qui a comparu avant vous comment nous pouvons collectivement nous mettre nous-mêmes, nos gouvernements, nos citoyens, dans l'état d'esprit opérationnel pour faire la sorte de saut quantique des années 60. Bien sûr, si nous étions capables de le faire, nous pourrions résoudre notre problème.

The Chairman: Thank you for taking the time to assist our committee today.

Senators, we have one last panel today. We have Professor John Gilbert, who is the coordinator of health sciences for UBC, Dr. Charles Wright, Professor and Director of the Centre for Clinical Epidemiology and Evaluation, Barbara Mintzes from the Centre for Health Services and Policy Research and Dr. Kristina Sharma from the Professional Association of Residents of British Columbia.

Dr. John H.V. Gilbert, Coordinator of Health Sciences, University of British Columbia: Mr. Chair, senators, I am going to talk specifically about chapter 11.

The Chairman: That is the human resources.

Dr. Gilbert: That is correct. There are some interesting questions about health and resource planning in this chapter, but they give almost no attention to the way in which the education of health professionals should be changed to address changes in the health human resource. On page 100, paragraph 2, the report reads:

We need therefore to ask explicitly whether it is time to move away from the hierarchical way of thinking and attempt to adopt a 'spectrum' approach to health human resources.

This is a useful starting point for my comments. Since the Royal Commission chaired by Chief Justice Emmett Hall, every report on the health of Canadians, begins with the health care system after professional education has ended. If we are serious about changing the extant "hierarchical way of thinking," then I contend we should pay serious attention to the manner in which health care professionals are educated from the moment they begin their first day of instruction. If we do not begin with that first day of inculcation — some might say indoctrination — then it is difficult to imagine what real chance we have of changing the practice of health care and thus its delivery in this country.

To begin this inter-professional education process on the first day of classes is in no way meant to detract from the fact that each profession has a particular set of skills, that need to be developed, valued and deployed.

My sense is that one of the reasons we are not using our health professional, again, to quote, "to anything like the full extent of their capabilities," is because their educational programs are structured in such a fashion that they do not foster an understanding of the particular strengths and scopes of each other's practice.

Given the proliferation of health professions and the contribution of such proliferation to health care costs — what Dr. Bob Evans termed the "upstream costs" — it is clear then that concerted attempts must be made to develop inter-professional education at a very early stage in the education process. Such an attempt would advance clearly the notion of a spectrum approach that is set out on page 109 in the report. Clearly the health education programs in this country attract outstanding students.

Le président: Merci d'avoir pris le temps d'aider notre comité aujourd'hui.

Honorables sénateurs, il nous reste un dernier groupe aujourd'hui. Nous accueillons le professeur John Gilbert, qui est coordonnateur des sciences de la santé à UBC, le Dr Charles Wright, professeur et directeur du Centre for Clinical Epidemiology and Evaluation, Barbara Mintzes du Centre de recherche sur les services et politiques de santé et la Dre Kristina Sharma de la Professional Association of Residents of British Columbia.

M. John H.V. Gilbert, professeur, coordonnateur des sciences de la santé, Université de la Colombie-Britannique: Monsieur le président, honorables sénateurs, je vais vous parler précisément du chapitre 11.

Le président: C'est-à-dire les ressources humaines.

M. Gilbert: C'est exact. Il y a quelques questions intéressantes sur la santé et la planification des ressources dans ce chapitre, mais elles n'accordent presque aucune attention à la façon dont la formation des professionnels de la santé devrait être modifiée pour tenir compte des changements intervenus dans les ressources humaines de la santé. À la page 100, paragraphe 2, le rapport indique:

Nous devons donc nous demander explicitement si le moment est venu de nous éloigner d'un mode de pensée hiérarchisé pour essayer d'adopter une démarche «spectrale» à la question des ressources humaines en santé.

C'est un point de départ utile pour mes commentaires. Depuis la Commission royale présidée par le juge en chef Emmett Hall, chaque rapport sur la santé des Canadiens commence par le système des soins de santé au terme de l'enseignement supérieur professionnel. Si nous voulons sérieusement changer le «mode de pensée hiérarchisé» existant, je vous sou mets que nous devrions faire très attention à la façon dont les professionnels de la santé sont formés à partir du moment où ils commencent leurs études. Si nous ne commençons pas au premier jour des études — certains diraient de l'indoctrination — il est difficile d'imaginer quelle possibilité réelle nous aurons de changer la pratique des soins de santé et donc leur prestation dans notre pays.

Amorcer ce travail d'éducation inter-professionnelle au premier jour de classe ne vise aucunement à occulter le fait que chaque profession a un ensemble particulier de compétences qui doivent être acquises, appréciées et déployées.

À mon avis, une des raisons pour lesquelles nous n'utilisons pas nos professionnels de la santé, encore une fois, et je cite, «à la plénitude de leurs capacités», c'est que leurs programmes d'enseignement sont structurés de telle sorte qu'ils ne favorisent pas une compréhension des forces et des objectifs particuliers des pratiques respectives des intéressés.

Étant donné la prolifération des professions de la santé et la contribution d'une telle prolifération aux coûts des soins de santé — ce que le Dr Bob Evans a appelé «les coûts en amont» — il est donc clair qu'il convient de déployer des efforts concertés pour développer l'enseignement inter-professionnel à une étape précoce du processus éducatif. Un tel effort avancerait clairement l'idée d'une démarche spectrale, exposée à la page 109 du rapport. Il est évident que les programmes d'enseignement en santé dans ce pays

Any dean will tell you that in spades. Realizing their full potential for the workplace, must occur during the time they receive their education.

There is no doubt that redundancy exists in the education of health professionals, beginning with that of physicians. Parallel courses are taught in programs under the guise of needing perhaps such a course for the "special" group being educated. I would challenge you to look at the multiple variance of statistics that are taught in our health care programs to see what I mean. The University of British Columbia used to have 353 statistics courses. We decided that was too many so we opened a department of statistics. We now have 353 plus the department of statistics.

This is true, of course, for many other areas. Currently, most students in health programs never meet students from other professional programs throughout their course of education. Ask one of the physicians-in-training about this. How can we promote the spectrum approach when this is the case?

Many professional programs still teach courses about subjects when they should be teaching courses about problems. Even when problem-based programs are put into place — as at UBC's Faculty of Medicine — the only professional who looks at the problem is the one in the specific program in which it is being taught. Problem-based courses offered to a variety of professional students would allow for all manner of professional interactions in the learning process. Such courses should be at the heart of the education of health professionals, rather than on the fringes. They should be offered to students from three or more professional programs taking them together.

The scopes of practice of professions, and competencies expected before graduation to practice — both developed by the health professions — need very careful examination. I know you have done some of this. Major efforts should be made to eliminate duplication of scopes and competencies across professions. They are expensive and they are protectionist.

By developing inter-professional education possibilities, educational programs should be encouraged to pare down their course offerings, rather than bulk them up to add yet another layer of material to already crowded curricula. Educational programs should be encouraged to look for synergies with each other, and concentrate their curricula on the small core of knowledge particular to their profession. To achieve these ends we need a national funding agency whose mission would be to carry forward the incredibly important process of critically examining health education. At the moment, this kind of educational research is conducted piecemeal, and exceedingly poorly funded. We need a national health education program with resources to underwrite program development and evaluation at least on a par with some of the social science institutes in the CIHR. If we can afford four hundred million dollars for basic research — or whatever research is being conducted across CIHR — we can surely afford some

attirent des étudiants remarquables. N'importe quel doyen vous le dira. La réalisation de leur plein potentiel doit se produire durant le temps où ils reçoivent leur formation.

Il n'y a aucun doute qu'il existe une redondance dans l'enseignement donné aux professionnels de la santé, en commençant par les médecins. On dispense des cours parallèles dans des programmes sous prétexte d'avoir peut-être besoin d'un tel cours pour le groupe «spécial» recevant le cours. Je vous mets au défi d'examiner la variance multiple des cours de statistiques qui sont enseignés dans nos programmes de soins de santé pour voir ce que je veux dire. L'Université de la Colombie-Britannique avait 353 cours de statistiques. Nous avons jugé que c'était trop et nous avons ouvert un département de statistiques. Maintenant nous en avons 353, plus le département de statistiques.

C'est vrai, bien sûr, dans bien d'autres secteurs. Actuellement, la plupart des étudiants dans des programmes de santé ne rencontrent jamais les étudiants des autres programmes professionnels pendant toute la durée de leurs études. Demandez-le à un aspirant-médecin. Comment peut-on faire la promotion d'une approche spectrale dans ces conditions?

Dans bien des programmes professionnels, on enseigne encore une matière, alors qu'on devrait donner des cours portant sur des problèmes. Même quand des programmes axés sur les problèmes sont mis en place — comme à la faculté de médecine de UBC — le seul professionnel qui regarde le problème est celui du programme précis dans lequel il est enseigné. Des cours axés sur les problèmes offerts à une diversité d'étudiants professionnels permettraient toutes sortes d'interactions professionnelles dans le cadre du processus d'apprentissage. Ce genre de cours devrait être au cœur de l'enseignement des professionnels de la santé, plutôt qu'en marge. Il devrait être offert à des étudiants d'au moins trois programmes professionnels qui les suivraient ensemble.

Les objectifs d'exercice des professions, et les compétences attendues pour pouvoir pratiquer — élaborés dans les deux cas par les professions de la santé — méritent un examen très attentif. Je sais que vous avez fait cet exercice, au moins en partie. Des efforts importants devraient être faits pour éliminer le doublement des objectifs et des compétences entre les professions. Il y a là un protectionnisme qui coûte cher.

En développant des possibilités d'enseignement inter-professionnel, les programmes d'études devraient élaguer les cours offerts, plutôt que de les augmenter pour ajouter encore une autre couche au programme d'études déjà encombré. Les programmes d'études devraient rechercher les synergies mutuelles, et se concentrer sur les connaissances qui sont au cœur de leurs professions. À cette fin, il nous faut une agence nationale de financement dont la mission serait de s'acquitter du processus incroyablement important du contrôle critique de l'enseignement dans le domaine de la santé. À l'heure actuelle, cette sorte de recherche est effectuée au coup par coup, et extrêmement mal financée. Nous avons besoin d'un programme national d'enseignement de la santé avec des ressources permettant la mise au point et l'évaluation des programmes, au moins au même niveau que dans les instituts de sciences sociales des IRSC. Si nous avons les moyens de dépenser quatre cent millions de dollars en

money to look at the evaluation of the educational programs we have.

We need to come to grips with the notion that we cannot go on adding more and more health professions. I received today — from an unnamed Canadian university — yet another proposal for yet another program for yet another set of health professionals, and I have no idea what they will do. Not every technological group should aspire to a degree-granting status. The push from the bottom — from certificate programs wishing to become degree-granting programs then results in the “bread-rising phenomenon” — those with bachelor degrees now want masters degrees as entrance to practice.

We need to take prompt action to begin funding this process. Adding more and more resources to the training of more and more professionals — which is what I have read in some of your submitted data — can only be part of the answer to our health human resource problem. If we conducted a serious examination of the way in which our educational programs are organized; if we asked how we might introduce a strong and permanent element of inter-professional education into those programs; and, if we sought funding sources that would allow us to better understand the relationships between professional education groups, then we might have an outside chance of changing the practice of health care.

The Chairman: Thank you.

Now speaking on behalf of those who are being indoctrinated, Dr. Kristina Sharma on behalf of the Professional Association of Residents of B.C.

Dr. Kristina Sharma, Director, Professional Association of Residents of B.C.: Thank you for the opportunity to appear before the committee. I am a radiology resident at University of British Columbia and I am also a member of the Professional Agency of Residents of B.C., PAR-B.C.

I would like to briefly describe what PAR-B.C. is, so that you will understand why I am here. We are a trade union representing approximately 564 medical residents throughout the province, 20 per cent of whom are in family practice programs, and 80 per cent are in specialties such as surgery, cardiology, medicine, et cetera.

Residents are MDs in the final stages of education for their career paths, whatever specialties these may be. They can either be a recent graduate from a medical university or a practicing physician who has returned to change their career paths or a practicing physician who has come to develop more skills, such as a rural physician who might return to develop skills in anaesthesia to take back to their home communities.

Residents are not students in the traditional sense. We train within the hospital in an apprenticeship format. We learn primarily by practicing medicine under clinical supervision. In doing this we

recherche fondamentale — ou quel que soit le type de recherche effectuée dans les IRSC — nous avons certainement les moyens de dépenser un peu d'argent pour l'évaluation des programmes d'enseignement.

Nous avons besoin de nous faire à l'idée que nous ne pouvons pas continuer à ajouter de nouvelles professions au domaine de la santé. J'ai reçu aujourd'hui — d'une université canadienne qui restera anonyme — encore une autre proposition pour encore un autre programme pour encore un autre groupe de professionnels de la santé, et je n'ai aucune idée de ce qu'ils vont faire. Tous les groupes technologiques ne peuvent aspirer à octroyer des diplômes. La poussée venant du bas — des programmes de certificat souhaitant devenir des programmes à diplôme — entraîne le phénomène de la «pâte qui lève» — les bacheliers doivent maintenant avoir une maîtrise pour accéder à la profession.

Il nous faut agir rapidement pour commencer à financer ce processus. L'addition continue de ressources pour former encore plus de professionnels — c'est ce que j'ai lu dans certains des mémoires — ne constitue qu'une partie de la réponse au problème des ressources humaines de la santé. Si nous procédions à un examen sérieux de la façon dont sont organisés nos programmes d'enseignement; si nous demandions comment introduire un élément fort et permanent d'enseignement inter-professionnel dans ces programmes; et si nous cherchions les sources de financement qui nous permettraient de mieux comprendre les rapports entre les groupes d'enseignement professionnel, alors nous pourrions avoir une petite chance de modifier la pratique des soins de santé.

Le président: Merci.

Maintenant, parlant au nom de ceux que l'on endoctrine, la Dre Kristina Sharma au nom de la Professional Association of Residents of British Columbia.

Dre Kristina Sharma, directrice, Professional Association of Residents of British Columbia: Merci de m'avoir accordé l'occasion de comparaître devant le comité. Je suis résidente en radiologie à l'Université de la Colombie-Britannique et je suis aussi membre de l'Agence professionnelle des résidents de la Colombie-Britannique, PAR-BC.

J'aimerais décrire brièvement en quoi consiste PAR-BC pour que vous compreniez pourquoi je suis ici. Nous sommes un syndicat représentant approximativement 564 résidents en médecine dans toute la province, dont 20 p. 100 sont en médecine familiale, et 80 p. 100 dans des spécialités comme la chirurgie, la cardiologie, la médecine, et tout le reste.

Les résidents sont des médecins aux dernières étapes de leur programme d'enseignement, quelle que soit leur spécialité. Il peut s'agir d'un diplômé récent d'une faculté de médecine ou bien d'un praticien qui a repris ses études pour changer de spécialité, ou encore d'un praticien désireux d'acquérir des compétences supplémentaires, comme un médecin de campagne qui pourrait revenir pour se former en anesthésie pour s'en servir dans sa localité d'origine.

Les résidents ne sont pas des étudiants au sens classique du terme. Notre formation à l'hôpital prend la forme d'un apprentissage. Nous apprenons essentiellement en exerçant la médecine

provide the bulk of primary care for most physicians. We carry the responsibility for in-hospital care on nights and weekends. Depending on the training program, a resident is tied to the hospitals from approximately two to eight years.

Recently, we conducted a focus group looking at issues that the Kirby commission brought forth and two pertinent areas that came into focus for us. One was education or the barrier to education, and the second was a lack of input that is afforded to residents.

With respect to the barriers to education, the first one identified was increasing debt load. Medical students now have tuition to deal with as well as increased costs of university education. Most medical students will have at least one degree prior to entering medical school. By the time they finish medical school, they can have debt loads up towards \$120,000. Unfortunately that can result in a student choosing a career path based on fiscal remuneration rather than what is a more appropriate choice for that person. They are basing it on how they may financially be able to pay off their loans.

The second barrier is a lack of flexibility. Medical students are being asked to make choices early in their training as to which path they will follow. That is most unfortunate because people are pressured to choose professions before having had any experience in those particular fields. Hence, when they are applying for a job they have no idea what it will mean.

Such inflexibility makes for very dissatisfied people later in life. People who find themselves in that situation are dealing with inflexibility in switching residency programs, and that is secondary to lack of positions and lack of funding for those positions. I am one of those individuals who found myself in a position where I was unhappy with my choice and was unable to get out of it, so I came as a re-entry position.

The second point that I made was the lack of input. With 564 residents in B.C. and approximately 8,500 residents across Canada, we are proportionately about 10 per cent of physicians. With the average age of physicians roughly early 50s now, in the next 10 to 20 years we are going to be having a larger proportion of younger physicians. The point I am trying to make is that now we have got a large segment of young, enthusiastic doctors who do not get to voice their opinion. Residents are largely unacknowledged when it comes to making any type of decisions with respect to health care and education.

PAR-B.C. and residents are prepared to accept responsibility for getting its voice out, however it is difficult to do when its opinions are not sought or assumptions are made that others can speak for residents.

Residents and established physicians are different. We have different perspectives. The BCMA cannot and does not represent residents, nor can medical students and medical student associations. I am hoping that my presentation today and PAR's written submission will, at the very minimum, serve to increase the

sous supervision clinique. Ce faisant, nous fournissons l'essentiel des soins primaires pour la plupart des médecins. Nous assumons la responsabilité des soins aux malades hospitalisés la nuit et pendant les week-ends. Selon le programme de formation, un résident est rattaché aux hôpitaux pendant environ deux à huit ans.

Récemment, nous avons organisé un groupe de discussion sur les questions soulevées par la Commission Kirby et deux sujets pertinents nous ont plus particulièrement intéressés. L'un était l'enseignement ou les obstacles à l'éducation, et l'autre, le manque de consultation des résidents.

En ce qui concerne les obstacles à l'enseignement, le premier que nous avons identifié a été l'augmentation du fardeau de la dette. Les étudiants en médecine maintenant doivent, en plus des frais de scolarité, faire face à l'augmentation des coûts d'une formation universitaire. La plupart des étudiants en médecine détiennent au moins un diplôme à leur arrivée à l'école de médecine. Lorsqu'ils terminent leurs études médicales, ils peuvent avoir accumulé une dette de l'ordre de 120 000 \$. Malheureusement ce fait peut amener un étudiant à choisir une carrière pour son potentiel de rémunération. Ce choix est dicté par leur capacité de remboursement des emprunts de l'étudiant.

Le deuxième obstacle est un manque de flexibilité. Les étudiants en médecine sont appelés à faire des choix dès le début de leur formation, en ce qui concerne leur orientation. C'est fort regrettable parce que les gens sont amenés à choisir une profession avant d'avoir la moindre expérience des disciplines concernées. Dès lors, quand ils se présentent à un poste, ils n'ont aucune idée de ce en quoi il consiste.

Cette rigidité en fait ultérieurement des gens très insatisfaits dans la vie. Les gens qui se retrouvent eux-mêmes dans cette situation se heurtent à un manque de souplesse pour changer de programme de résidence, et ainsi qu'au manque de postes et de manque de financement pour ces postes. Je me suis retrouvée moi-même dans une situation où j'étais insatisfaite de mon choix, mais incapable d'en sortir, et j'ai dû reprendre au point de départ.

L'autre question que j'ai mentionnée était le manque de consultation. Avec 564 résidents en Colombie-Britannique et approximativement 8 500 résidents dans tout le Canada, nous représentons environ 10 p. 100 des médecins. L'âge moyen des médecins est actuellement le début de la cinquantaine dans 10 à 20 ans, il va y avoir une proportion encore plus élevée de jeunes médecins. Ce que je veux dire, c'est que nous avons là tout un secteur de jeunes médecins enthousiastes auxquels on ne permet pas d'exprimer leur opinion. Les résidents sont largement ignorés dans toutes les décisions portant sur les soins de santé et l'enseignement.

PAR-BC et les résidents sont prêts à accepter la responsabilité de s'exprimer; toutefois, il est difficile de le faire quand vos opinions ne sont pas sollicitées ou lorsqu'on attribue à d'autres le droit de parler pour les résidents.

Les résidents et les médecins établis, ce n'est pas la même chose. Nous avons des points de vue différents. La BCMA ne peut représenter et ne représente pas les résidents, pas plus que les étudiants en médecine et les associations d'étudiants en médecine. J'espère que mon exposé d'aujourd'hui et le mémoire écrit de

visibility of residents and educate decision-makers as to need to seek involvement from us from the very beginning. Thank you for your time.

Ms Barbara Mintzes, Professor, Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia: I am going to move to a different area to talk about two issues that are dealt with in section 8, which is on pharmaceutical issues. The first issue is advertising of prescription drugs to the public and the second is the recommendations in the report on how a national formulary might be constructed in terms of decision-making for including drugs in the formulary.

I wanted to bring up both issues because I work with the Centre for Health Services and Policy Research on a project, funded by Health Canada, assessing the impact of direct-to-consumer advertising on the Canadian health system. I am also working with the therapeutics initiative which is also situated at UBC and which evaluates the safety and efficacy of new drugs for the provincial Ministry of Health. Both issues are related to my work.

Prescription drug advertising has been rapidly increasing in volume in the United States in the last decade — from less than U.S. \$100 million spent at the beginning of the decade to more than U.S. \$2.5 billion. The only other country that allows prescription drug advertising is New Zealand. So Canadian law is very close to the international norm on this.

We prohibit prescription drug advertising on two health protection grounds. One of them is related to prescription-only status, which is awarded to drugs where there is greater risk of toxicity and where there is need for greater care with use. The other is related to the list of serious diseases in the act for which treatments or preventatives may not be advertised to the public. There the rationale is very closely related to the greater vulnerability of people when they are ill. Recognition that in seeking a medical treatment, being in pain or caring for an ill child is not the same thing as going out to choose a new pair of jeans or a new perfume.

Why would we change our law? From a public health perspective there would be two reasons. One would be that if our fears of risks were unfounded, if we found that actually there was conclusive evidence to exclude the possibility of harm, and the other one would be if there was very solid evidence of a health benefit in allowing prescription drug advertising.

I have carried out an extensive literature review of health economic business and marketing databases as well as unpublished literature to look at what kinds of empirical studies had been done. There is a huge body of literature, very little of it actually consisting of empirical studies. It is easy to answer the question about whether there is any evidence of health benefit because there is none. In terms of either decreased rates of serious diseases, decreased rates to rates of hospitalizations, improvements in the use of pharmaceuticals or improved use of health

PAR serviront pour le moins à augmenter la visibilité des résidents et à éduquer les décisionnaires en ce qui concerne le besoin d'obtenir notre participation dès le départ. Merci de votre temps.

Mme Barbara Mintzes, professeure, Centre for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique: Je vais passer à un domaine différent pour parler de deux questions qui sont traitées à la partie 8, qui porte sur les questions pharmaceutiques. La première question est celle de la publicité pour les médicaments d'ordonnance, et la seconde porte sur les recommandations du rapport sur la façon dont un formulaire national pourrait être créé en matière de prise de décisions pour y inclure les médicaments.

Je souhaitais soulever ces questions parce que je travaille au Centre de recherche en politiques et services de santé sur un projet, financé par Santé Canada, visant à l'effet de la publicité directe aux consommateurs sur le système de santé canadien. Je travaille aussi à l'initiative thérapeutique qui est aussi à UBC et qui évalue la sécurité et l'efficacité des nouveaux médicaments pour le ministère provincial de la Santé. Les deux questions sont reliées à mon travail.

La publicité touchant les médicaments d'ordonnance a beaucoup augmenté de volume aux États-Unis dans la dernière décennie — de moins de 100 millions de dollars US au début de la décennie à plus de 2,5 milliards de dollars US. Le seul autre pays qui permette la publicité sur les médicaments d'ordonnance est la Nouvelle-Zélande. Par conséquent, à cet égard, la loi canadienne est très proche de la norme internationale.

Nous interdisons la publicité sur les médicaments d'ordonnance pour deux raisons liées à la protection de la santé. La première a trait à la qualification seulement sur ordonnance, qui est accordée aux médicaments qui présentent le plus grand risque de toxicité et qui doivent être utilisés avec la plus grande prudence. L'autre a trait à la liste des maladies graves dans la loi dont le traitement ou la prévention ne peut faire l'objet d'une publicité auprès du public. Là, le raisonnement est très étroitement lié à la vulnérabilité accrue des gens quand ils sont malades. C'est la reconnaissance du fait que la recherche d'un traitement médical, que la douleur physique, ou que les soins à dispenser à un enfant malade ne sont pas la même chose que le choix d'une nouvelle paire de jeans ou d'un nouveau parfum.

Pourquoi devrions-nous modifier la loi? Du point de vue de la santé publique, il y aurait deux raisons. Premièrement, si notre crainte du risque était sans fondement, s'il s'avérait qu'il y a des preuves concluantes pour exclure la possibilité de tout préjudice, et deuxièmement s'il y avait des preuves très solides d'un bienfait pour la santé de permettre la publicité des médicaments d'ordonnance.

J'ai effectué une recherche bibliographique exhaustive des bases de données économiques et de marketing de la santé de même que de la documentation inédite pour voir quelles études empiriques avaient été effectuées. Il y a énormément de publications, dont très peu sont des études empiriques. C'est facile de répondre à la question sur la preuve d'avantages pour la santé parce qu'il n'y en a pas, qu'il s'agisse de diminution des taux de maladies graves, de diminution des taux d'hospitalisation, d'améliorations dans l'emploi de produits pharmaceutiques ou de

services. These are all related to claims that have been made for prescription drug advertising. It is also in spite of nearly 20 years of this type of advertising in the United States.

There certainly is evidence that a substantial minority of the public in the United States does respond to prescription drug advertising by going in to their doctor and by requesting a prescription drug. If you believe the pharmaceutical marketing surveys, they are highly likely to receive the drug that they request.

There also is a very strong association with increased costs. In 1999, the top 25 drugs by advertising budget accounting for 41 per cent of a U.S. \$17.7 billion dollar increase in retail drug costs over one year alone.

The commission's recommendations on direct-to-consumer advertising focussed on three arguments for introducing this kind of advertising. One was the consumer's right to know what prescription drugs are available. Second, companies' right to communicate to consumers directly. The third is our widespread exposure in Canada to advertising that is streaming across the U.S. border.

In terms of consumers' right to know what drugs are available, advertising provides a poor mechanism to let the public know what products are approved for marketing. A very, very small portion of the drugs available on the U.S. market or the New Zealand market are actually advertised to the public. Consistently in the U.S. about 40 per cent of spending is on just 10 products. These tend to be very new, expensive products for long-term use for a broad audience. In other words, the decisions are marketing decisions made on the basis of returns on investment.

Additionally there is no legal restriction in Canada on the public receiving information about what drugs are available and what drugs have been approved. Health Canada posts this information on its Web site.

In terms of the type of information contained in advertising, I think it is worth looking at the regulatory experience because regulatory violations are very common in the United States. The major reason is inadequate risk information or exaggerated claims of benefits.

New Zealand is a model much closer to what advertising would look like in Canada in that they rely primarily on industry self-regulation. The government did a spot check in February 2000 and asked companies to voluntarily submit their ads and they found that over 80 per cent of the television ads violated the Medicines Act and about a quarter of the print ads.

In terms of the actual type of information reaching the public, there is a problem. It is also very rare that misleading information is corrected. Systematic reviews in the U.S. have also found that the educational value is quite low. A review of 10 years worth of

l'amélioration de l'utilisation des services de santé. Ce sont toutes des prétentions qui ont été faites dans la publicité sur des médicaments d'ordonnance et ce, malgré près de 20 ans de ce type de publicité aux États-Unis.

Il y a certainement des preuves établissant qu'une minorité importante du public aux États-Unis réagit à la publicité sur les médicaments d'ordonnance en allant consulter son médecin et en lui demandant un médicament sur ordonnance. Si l'on en croit les études de marché dans le domaine pharmaceutique, ils ont de fortes chances d'obtenir le médicament qu'ils réclament.

Il y a également une très forte association avec l'augmentation des coûts. En 1999, les 25 premiers médicaments selon le budget de publicité représentaient 41 p. 100 d'une augmentation de 17.7 milliards de dollars US dans le coût des médicaments au détail en une seule année.

Les recommandations de la commission sur la publicité directe aux consommateurs insistent sur trois arguments pour l'introduction de ce genre de publicité. Premièrement, il y avait le droit du consommateur à connaître les médicaments d'ordonnance disponibles. Deuxièmement, le droit des entreprises à communiquer directement avec le consommateur. Troisièmement, notre exposition généralisée au Canada à la publicité qui traverse la frontière américaine.

Pour ce qui est du droit du consommateur à connaître les médicaments disponibles, la publicité n'est pas un bon mécanisme pour faire connaître au public les produits homologués pour la vente. Une très, très petite part des médicaments disponibles sur le marché américain ou néo-zélandais fait l'objet de publicité. Régulièrement, aux États-Unis, environ 40 p. 100 des dépenses portent sur seulement 10 produits. Ceux-ci sont généralement très nouveaux et coûteux pour l'utilisation à long terme par un large public. En d'autres mots, les décisions sont des décisions de marketing prises sur la base du rendement de l'investissement.

En outre, il n'y a aucune restriction juridique au Canada limitant l'information publique sur les médicaments disponibles et les médicaments approuvés. Santé Canada affiche cette information sur son site Web.

En ce qui concerne le genre d'information contenue dans la publicité, je pense qu'il est intéressant de considérer l'expérience de la réglementation parce que les infractions à la réglementation sont très courantes aux États-Unis. Il s'agit en général d'information insuffisante sur les risques ou de prétentions exagérées quant aux effets bénéfiques.

La Nouvelle-Zélande est un modèle beaucoup plus proche de ce que la publicité aurait l'air au Canada en ce sens que le système fonctionne essentiellement par autoréglementation de l'industrie. Le gouvernement a effectué une vérification ponctuelle en février 2000 et a demandé aux entreprises de soumettre volontairement leurs annonces: ils ont déterminé que plus de 80 p. 100 des annonces télévisées avaient enfreint la Loi sur les médicaments ainsi que près du quart des annonces dans la presse écrite.

En ce qui concerne la nature réelle de l'information atteignant le public, il y a un problème. Il est aussi très rare que l'information trompeuse soit corrigée. Des analyses systématiques aux États-Unis ont aussi déterminé que la valeur éducative est

print advertising in 18 major consumer magazines, looking at every prescription drug ad, found that 91 per cent of the ads did not mention the likelihood of treatment success with a specific medicine that was advertised.

The second issue that is addressed is the constitutionality of the current prohibition against prescription drug advertising. That is based on a 1995 tobacco advertising case that went to the Supreme Court, which had a very divided decision. The decision was five to four in favour of the tobacco industry. This decision found that Health Canada had not adequately shown evidence that a full ban on tobacco advertising met public health goals to a greater extent than a partial ban. As the commission mentions, there are certainly divided opinions about applicability to pharmaceuticals. With pharmaceuticals we already have a partial ban on advertising because the sale of prescription drugs is controlled and the advertising controls are actually in keeping with the controls on sales.

The report recommended that if we had a national formulary we could have prescription drug advertising and it would not be a problem in terms of effects on costs in the public sector because we could include a clause within formulary, saying that drugs on the formulary could not be advertised to the public.

PHARMAC, New Zealand's pharmaceutical management benefit scheme, tried to introduce a similar clause in 1999. They were prevented, they were told it was illegal to introduce such a clause because of the Commerce Act, because it was a restriction on competition within an environment where such advertising is legal. I wanted to raise a note of caution about that, and I have included in my written submission the correspondence with the Ministry of Health in New Zealand.

The other issue is that if there are concerns about risks from a public health perspective from advertising prescription drugs, then asking people to pay out of pocket for advertised drugs does not actually deal with that concern about risks. So that is another related issue.

The third raised by the commission was the increasing volume of advertising coming to the Canadian public through cable television. I was pleased to see the recommendation that we require cable providers to replace advertising that is illegal in Canada. That recommendation is long overdue. We have seen a large increase in this advertising since the U.S. changed its regulations on broadcast advertising in late 1997.

Another related issue is the difficulties we have had in Canada with enforcement of our law and with advertising campaigns that are originating in Canada. We have seen a reinterpretation of the

relativement faible. L'analyse de 10 années de publicité écrite dans 18 grands magazines de consommateurs, prenant en compte toutes les publicités sur les médicaments d'ordonnance, a démontré que 91 p. 100 des annonces ne faisaient pas état des probabilités de guérison en cas d'utilisation du médicament annoncé.

La seconde question abordée est celle de la constitutionnalité de l'interdiction actuelle de la publicité sur les médicaments d'ordonnance. Cela remonte à une publicité sur le tabac de 1995 qui est allée jusqu'en Cour suprême, qui a rendu un jugement très partagé. Le jugement était à cinq contre quatre en faveur de l'industrie du tabac. Ce jugement considérait que Santé Canada n'avait pas fait suffisamment la preuve qu'une interdiction totale de la publicité sur le tabac était plus conforme aux objectifs de santé publique qu'une interdiction partielle. Comme le mentionne la commission, les opinions sont certainement divisées sur son applicabilité à des produits pharmaceutiques. Avec les produits pharmaceutiques, nous avons déjà une interdiction partielle de la publicité parce que la vente de médicaments sur ordonnance est contrôlée et les contrôles sur la publicité sont liés aux contrôles sur les ventes.

Le rapport a recommandé que s'il y avait un formulaire national, il pourrait y avoir de la publicité sur les médicaments d'ordonnance et qu'il n'y aurait pas de problème de conséquences sur des coûts dans le secteur public parce que nous pourrions inclure une clause à l'intérieur de formulaire, disant que les médicaments inscrits au formulaire ne peuvent pas faire l'objet de publicité.

PHARMAC, le régime d'assurance-médicaments de la Nouvelle-Zélande, a essayé d'introduire une clause semblable en 1999. Ils en ont été empêchés, on leur a dit que ce genre de clause était illégal en vertu de la Loi sur le Commerce, parce qu'elle constituait une restriction à la concurrence dans un environnement où ce genre de publicité est légal. J'ai voulu attirer votre attention sur ce point, et j'ai inclus dans mon exposé écrit la correspondance avec le ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande.

L'autre question est que s'il y a des préoccupations du point de vue de la santé publique à propos des risques liés à la publicité sur des médicaments d'ordonnance, demander aux gens de payer les médicaments annoncés de leur poche ne règle pas réellement la question des risques. Donc, c'est une autre question connexe.

La troisième question soulevée par la commission était celle de l'augmentation de la publicité télévisée offerte au public canadien par la télévision par câble. J'ai été heureux de voir la recommandation que nous exigeons des câblodistributeurs qu'ils remplacent la publicité qui est illégale au Canada. Cette recommandation est bien tardive. Nous avons assisté à un accroissement important de cette publicité depuis que les États-Unis ont modifié leur réglementation sur la publicité radiodiffusée à la fin de 1997.

Une autre question connexe est celle des difficultés que nous avons eues au Canada avec l'application de notre loi et avec les campagnes publicitaires d'origine canadienne. Nous avons assisté

current law and we have seen the industry going continuously pushing the limits of the law and beyond.

As a drug reviewer, I would like to briefly touch on the recommendations for the national drug formulary. The commission's report recommends using consensus opinion among all key stakeholders — including private and public payers, health professionals, regulators, patient groups and the pharmaceutical industry — to decide what drugs to cover in the formulary. Such an approach would be best described as "influence-based medicine" as opposed to "evidence-based medicine." He or she who has the most influence behind the scenes is more likely to get their drug covered by the formulary.

The problem with this kind of a consensus-based process is that it is unlikely to create formulary decisions that would reflect the best scientific evidence in terms of whether a newly approved drug provides a treatment advantage in comparison to what already exists. It is also very unlikely to lead to effective cost containment. There are certainly a lot of examples already of evidence-based approaches to decisions about formulary inclusion.

Dr. Charles Wright, Professor and Director, Centre for Clinical Epidemiology and Evaluation, University of British Columbia: Mr. Chairman, in this huge spectrum of questions you are dealing with I, too, was going to focus on one particular issue, which you raised this afternoon and which has certainly been raised in your previous publications. That is the issue of accountability, performance indicators, evaluation of the system, and how to make it meaningful. I am a surgeon by background, but for the last 10 years I have been in administration and research and consulting in the health system.

The need for greater accountability seems to be recognized increasingly in the system, particularly accountability for outcomes — we have always had the necessity of accountability for financial management and so on. What has been missing is any significant accountability for outcomes of the services we provide. In the brief I have quoted a lot of Canadian sources there pointing to the need for this to happen in the system — including both sides of the administrative fence, if you like, practicing physicians, physician organizations, governments and so on.

This has to be done through evaluation. There are techniques available that have simply not been used in the system up until now. The good news is that everyone seems to agree. I do not know if this would reflect your views after so much work on your committee, but it seems to me that everyone currently in the Canadian health care system agrees that the current system, unchanged, unreformed, as it exists, is not sustainable. That is the good news.

The bad news is, of course, the difficulty in knowing what to do about it. There is a piece of this, in terms of the evaluation of services, where I think there are significant gains to be made. The argument about whether new funding is required bears on this and

à une réinterprétation de la loi actuelle et nous avons vu l'industrie continuellement pousser la loi à son extrême limite, et même au-delà.

En tant que rédacteur d'articles sur les médicaments, j'aimerais aborder brièvement les recommandations pour un formulaire national des médicaments. Le rapport de la commission recommande la recherche d'un consensus parmi tous les principaux intervenants — y compris les payeurs publics et privés, les professionnels de la santé, les régulateurs, les groupes de patients et l'industrie pharmaceutique — pour les médicaments à couvrir dans le formulaire. On pourrait décrire ce genre de démarche comme de la « médecine à l'influence » par opposition à la médecine fondée sur l'expérience. La personne qui a le plus d'influence dans les coulisses est la mieux placée pour faire passer son médicament dans le formulaire.

Le problème avec ce genre de mécanisme consensuel est qu'il est peu probable que les choix du formulaire refléteront la meilleure réalité scientifique tendant à prouver qu'un médicament nouvellement approuvé présente un avantage curatif par rapport à ce qui existait antérieurement. Il est aussi peu probable qu'il mène à contenir les coûts. Il y a certainement un grand nombre d'exemples de méthodes axées sur des preuves en matière d'inclusion au formulaire.

M. Charles Wright, professeur et directeur, Centre for Clinical Epidemiology and Evaluation, Université de la Colombie-Britannique: Monsieur le président, parmi toute cette masse de questions que vous étudiez, je souhaiterais, moi aussi, me concentrer sur une en particulier, que vous avez soulevée cet après-midi et qui a certainement été soulevée dans vos publications antérieures. Je veux parler de la question de la responsabilisation, des indicateurs de rendement, de l'évaluation du système, et de la façon de le rendre efficace. Je suis chirurgien de formation, mais depuis 10 ans je fais de la gestion, de la recherche et de la consultation dans le système de santé.

Le besoin d'une plus grande responsabilisation semble être de plus en plus reconnu dans le système, notamment en ce qui concerne la responsabilité vis-à-vis des résultats — nous avons toujours dû rendre compte de la direction financière et ainsi de suite. Ce qui a été absent, c'est la responsabilité vis-à-vis des résultats des services que nous fournissons. Dans mon mémoire, j'ai cité un grand nombre de sources canadiennes qui confirment cette nécessité — notamment les deux aspects administratifs, pour ainsi dire, les médecins praticiens, les organisations de médecins, les gouvernements, et cetera.

Cela doit se faire par évaluation. Il existe des techniques disponibles qui n'ont simplement pas été utilisées dans le système jusqu'à maintenant. La bonne nouvelle, c'est que tout le monde semble l'accepter. Je ne sais pas si cela refléterait votre avis après tout le travail effectué par votre comité, mais il me semble que tout le monde actuellement dans le système de santé canadien convient que le système actuel, inchangé, non corrigé, comme il existe, ne peut durer. C'est la bonne nouvelle.

La mauvaise nouvelle c'est, bien sûr, la difficulté qu'il y a à savoir ce qu'il faut faire. Il y en a une partie, en matière d'évaluation des services, où, à mon avis, on peut faire des gains significatifs. La nécessité d'un financement supplémentaire à une

on access as well. If there are any services that, on evaluation, should be either done less or in different circumstances or are inappropriate, then we have to start flagging them. We know they exist.

Three major observations led to the major study, which is described in the brief. I will summarize the details briefly.

The observations that led to this project were, first, the huge variations that occur in all services, whether you are talking about prescribing patterns, patterns of hospitalization, treatments, diagnostic services, surgical operations, there are enormous variations in the rates.

On page 2 of the brief, I have shown a couple of examples. You could take these from any jurisdiction in Canada; these happen to be from British Columbia. You can see quite a variation in the rates from local health authority to local health authority. In this case, the figures show a surgical rate variation of up to 500 per cent for intervertebral discs and cataract surgery, even when the data is adjusted for sex, age and residence. It is very difficult to argue that these differences are based on medical necessity of the population. That is observation number one.

Secondly, a large proportion of the services that we are now providing in Canada are designed to relieve pain and disability with little, if any, effect on survival. This is particular of the high-volume, high-ticket items in surgery.

Thirdly, that there are only two outcomes that matter in a health care intervention. One is survival and the other is how the patient feels about it, ultimately. Now, quite a number of surrogate outcomes will bear on that: for example, the haemoglobin is up, the tumour is smaller, the X-ray looks better. These are all surrogate outcomes. All that matters is whether we have relieved the patient's pain and disability or helped with what is called health-related quality of life, HRQOL.

That is what led to this project, which was funded, by the way, by Health Canada through the Health Transitions Fund. We looked at more than 5,000 patients having over 6,000 consecutive operations in a variety of services. We obviously could not examine every procedure in the book, but we examined gallbladder surgery, prostatectomy, hysterectomy, spinal disc surgery, and cataracts. The indications for surgery were evaluated according to an independent criterion set and the patient's results were assessed by the patient's self-reported health-related quality of life, for which many good instruments are now available. Unfortunately, health-related quality of life as a measurement is not yet on the average physician's radar screen because it has been seen in the past as a somewhat soft science. It is now highly respectable and it is a serious discipline.

certain incidence, y compris sur l'accès. S'il existe des services qui, après évaluation, devraient être soit réduits, soit fournis dans des circonstances différentes ou qui ne conviennent pas, il faut commencer à les signaler. Nous savons qu'ils existent.

Trois observations importantes ont mené à la grande étude qui est décrite dans le mémoire. Je vais vous en résumer brièvement les détails.

Les observations qui ont mené à ce projet étaient, d'abord, les variations énormes dans tous les services, que l'on parle des ordonnances, de l'hospitalisation, des traitements, des services diagnostiques, des opérations, il y a d'énormes variations dans les taux.

À la page 2 du mémoire, j'ai donné quelques exemples. Vous pourriez les prendre dans n'importe quelle compétence au Canada; ceux-ci viennent de Colombie-Britannique. Vous pouvez voir qu'il existe de grandes variations dans les statistiques d'une autorité locale de santé à l'autre. Dans ce cas, les chiffres illustrent une variation des taux en chirurgie atteignant 500 p. 100 pour des disques intervertébraux et la chirurgie de la cataracte, même quand les données sont rajustées selon le sexe, l'âge et la résidence. C'est même difficile de soutenir que ces différences sont le fait d'une nécessité médicale de la population. C'est l'observation numéro un.

Deuxièmement, une grande proportion des services que nous fournissons actuellement au Canada visent à soulager la douleur et à limiter l'invalidité avec peu ou pas d'effet sur la survie. C'est particulièrement le cas pour les interventions chirurgicales dispendieuses et fréquentes.

Troisièmement, il n'y a que deux issues qui importent dans une intervention en soins de santé. D'abord la survie, puis ce qu'en pense le patient, en fin de compte. Maintenant, toute une série de questions secondaires en dépendent: par exemple, l'hémoglobine est en augmentation, la tumeur est plus petite, la radiographie est meilleure. Ce sont tous des éléments secondaires. Tout ce qui importe, c'est si nous avons soulagé la douleur et l'invalidité du patient, ou facilité sa qualité de vie liée à la santé (HRQOL).

C'est ce qui a amené ce projet, qui a été financé, en passant, par Santé Canada grâce au Fonds pour l'adaptation des services de santé. Nous avons examiné plus de 5 000 patients qui ont subi plus de 6 000 interventions consécutives dans un éventail de services. Nous n'avons évidemment pas pu contrôler chaque intervention dans le livre, mais nous avons examiné la chirurgie de la vésicule biliaire, la prostatectomie, l'hystérectomie, la chirurgie des disques vertébraux, et les cataractes. Les indications pour la chirurgie ont été évaluées selon un ensemble autonome de critères et les résultats du patient ont été jugés selon la qualité de vie liée à la santé évaluée par le patient lui-même, critère pour lequel il existe maintenant de nombreux bons instruments disponibles. Malheureusement, la qualité de vie liée à la santé en tant que mesure ne figure pas encore sur l'écran radar du médecin moyen parce qu'elle a été considérée dans le passé comme une science relativement «douce». Elle est maintenant tout à fait respectable et c'est une discipline sérieuse.

The health-related quality of life was assessed pre-operatively and sequentially after operation. You may have seen some of the enormous publicity when the results were first released to the public and the press in April. As an example for context, the front page headline of the *Vancouver Sun* said "Most patients having elective surgery benefit." The front page headline on the *Globe and Mail* the same day said "Unnecessary surgery is rife in Canada."

Both headlines are true. This is a huge study, an order of magnitude greater than anything previously been done in this arena. It is true that most patients — most equals anything over 50 per cent — did indeed benefit and the great majority benefited in these procedures.

However, a proportion of patients in everything we looked had very mild — almost insignificant — pain and/or disability before an operation. Most are at the other end of the spectrum and one would not want to wait for a patient to be totally crippled, for example, with arthritis before they have their total hip replaced. Nor would you want to operate on someone who has just woken up with the first twinge of pain in the hip.

What has been lacking here, I think, is a balance of judgment, and public expectations are a major problem in here. Patients have to be constantly reminded of the balance of risks and benefits from health care interventions. Thousands of people die from taking aspirin in North America every year. Every operation has major complications. The most significant one of the six procedures that we studied was cataract. Where a large proportion — 32 per cent — pre-operatively had a visual function that was 91 or greater on a scale of 100. Essentially that means that they have very, very minimal visual disability. What is even worse, 26 per cent of the patients reported worse visual function after surgery than before. I think what we are seeing is what we call the "ceiling effect." If you are already at a very high level of functioning, you do not have far to go in the way of improvement.

The individual results for all the procedures are interesting, but that is the summary. What this leads to is a recommendation that evaluation of appropriateness and outcomes using this kind of assessment should no longer be a matter that is left to researchers doing little studies here and there. The major reason that Health Canada funded this project was as a feasibility study. We have demonstrated that, yes, it is feasible, it is not particularly expensive to do, and it needs to be done. If one were to do this — and this is the tough part — if one were to take account of the results in terms of potential resource allocation within the system, then we could make some major progress.

Senator Roche: I would like to thank the panel for very diverse presentations. I would like to focus, if I may, Mr. Chairman, on Dr. Sharma. I would like to spend a couple of minutes talking about the life of young doctors, it has interested me quite a bit.

La qualité de vie liée à la santé a été évaluée avant et après l'opération. Vous avez peut-être vu la publicité énorme quand les résultats ont été publiés en avril. Comme exemple de contexte, la manchette de la première page du *Vancouver Sun* titrait «La plupart des patients bénéficient d'une chirurgie élective». Le *Globe and Mail* du même jour titrait «Chirurgie inutile, chose courante au Canada».

Ces deux manchettes sont vraies. C'est une vaste étude, dépassant tout ce qui s'est jamais fait dans ce domaine. Il est vrai que la plupart des patients — la plupart, c'est tout ce qui dépasse 50 p. 100 — ont en fait bénéficié de ces interventions et la grande majorité en a tiré avantage.

Toutefois, une certaine proportion de ces patients dans tout ce que nous avons examiné ne souffrait que de douleurs ou d'incapacités très bénignes — presque insignifiantes — avant l'opération. La plupart sont à l'autre extrémité du spectre et il ne faudrait pas attendre qu'un patient soit totalement paralysé, par exemple, par l'arthrite, avant de procéder au remplacement de la hanche. Pas plus qu'on ne voudrait opérer quelqu'un qui vient de se réveiller avec un premier élancement dans la hanche.

Ce qui manque ici, je pense, c'est l'équilibre dans le jugement, et les attentes du public constituent un problème majeur à cet égard. Il faut constamment rappeler aux patients l'équilibre entre risques et avantages des interventions dans les soins de santé. En Amérique du Nord, chaque année, des milliers de gens meurent pour avoir pris de l'aspirine. Chaque opération comporte des complications majeures. La plus importante des six interventions étudiées était celle de la cataracte. Une proportion importante — 32 p. 100 — jouissait avant l'opération d'une fonction visuelle de 91 ou plus sur une échelle de 100. Essentiellement, cela signifie qu'ils souffraient d'une incapacité visuelle extrêmement minime. Encore pire, 26 p. 100 des patients ont signalé une fonction visuelle pire après que la chirurgie qu'avant. Je pense que nous assistons à ce que nous appelons «l'effet de plafonnement». Quand vous êtes déjà à un niveau très élevé de fonctionnalité, vous ne pouvez pas aller beaucoup plus loin dans la voie des améliorations.

Les résultats individuels de toutes les interventions sont intéressants, mais c'est le résumé. Cette étude aboutit à une recommandation pour que l'évaluation de la pertinence et les résultats à l'aide de ce type d'évaluation ne soient pas relégués à des chercheurs faisant quelques petites études ici et là. La raison majeure pour laquelle Santé Canada a financé ce projet était son aspect étude de faisabilité. Nous avons démontré que oui, c'est faisable, et cela ne coûte pas particulièrement cher à faire, et on a besoin de le faire. Si on devait le faire — et c'est la partie difficile — si on devait tenir compte des résultats pour l'affectation des ressources disponibles au sein du réseau, nous pourrions alors faire des progrès majeurs.

Le sénateur Roche: J'aimerais remercier le panel de ses exposés très divers. J'aimerais revenir, si vous me le permettez, monsieur le président, à la Dre Sharma. J'aimerais passer quelques minutes pour parler de la vie des jeunes médecins, cela m'a beaucoup intéressé.

On page 11, you say "Medical students who emerge with debts in the order of \$120,000 are seen as having little choice but to choose to practice where they can make the most amount of money." Is the \$120,000 debt load coming out of the fullness of medical school common? Or is that exceptional?

Dr. Sharma: I don't have exact figures, but I can tell you certainly the range of \$80,000 to \$100,000 is the norm.

Senator Roche: Pretty high debt load.

Dr. Sharma: Yes.

Senator Roche: What is the impact of that? You say it forces them to choose areas where they can make money and get rid of the debt, but how does that play out into the system?

Dr. Sharma: You may have more physicians stemming away from family practice, which is not as lucrative as a specialty. Within the specialties something like pediatrics is less lucrative than cardiology or ophthalmology, for example. What we heard from our panel, from our focus group, and from residents, was that some people are making decisions based on financial reasons and not particularly what they might want to do. Maybe they were drawn into medicine to become a pediatrician, but they do not feel it is reality because they are starting life with a \$120,000 debt load.

Senator Roche: The fact that they start their practice with a high debt load does not seem to be an impediment in the first place since there are six times as many applicants for entry as there are places.

Dr. Sharma: For medical school, you mean?

Senator Roche: They do not seem to be worried about this debt load.

Dr. Sharma: I think that you are quoting a number prior to medical school. Medical school itself is becoming very expensive, especially in Ontario where it has been deregulated and tuition can be as high as \$14,000 per year now. We are following very much the U.S. pattern in that and you see that repeatedly as well where medical students are choosing professions based on money.

Senator Roche: Now, in seeking to discharge their debt load does the U.S. factor enter in here? For doctors in your age group is going to the United States an attractive option for them for economic reasons?

Dr. Sharma: I think it is for some people, for financial reasons. It is not just limited to the U.S. either. Many physicians in practice — not necessarily new physicians — look at other areas such as Saudi Arabia, or the United Emirates. As far as residents go, I cannot say that I know of specific cases where they have been driven to the U.S.

Senator Roche: I missed that. You could not say —

À la page 11, vous nous dites «les étudiants en médecine qui sortent avec des dettes de l'ordre de 120 000 \$ n'ont pas le choix: ils doivent prendre la pratique où ils peuvent gagner le plus d'argent.» Une dette de 120 000 \$ à la toute fin des études de médecine est-elle courante? Ou exceptionnelle?

Dre Sharma: Je ne dispose pas des chiffres exacts, mais je puis vous assurer qu'une somme de 80 000 à 100 000 \$ est dans les normes.

Le sénateur Roche: C'est une dette considérable.

Dre Sharma: Oui.

Le sénateur Roche: Quelle en est l'incidence? Vous dites qu'elle les oblige à porter leur choix sur les domaines où ils peuvent gagner de l'argent et se débarrasser de la dette, mais quels en sont les résultats pour le système?

Dre Sharma: Vous pouvez avoir plus de médecins évitant la pratique familiale, qui n'est pas aussi lucrative qu'une spécialité. Parmi les spécialités, quelque chose comme la pédiatrie est moins lucratif que la cardiologie ou l'ophtalmologie, par exemple. Ce que nous avons appris de notre panel, de notre groupe de discussion, et des résidents, c'est que certains prennent leurs décisions pour des raisons financières et pas en fonction de ce qu'ils aimeraient faire. Peut-être que ce qui les a attirés en médecine, c'est la pédiatrie, mais ils ne pensent pas que c'est réaliste quand on se lance dans la vie avec une dette de 120 000 \$.

Le sénateur Roche: Le fait qu'ils se lancent dans leur pratique avec une forte dette ne semble pas pour être un véritable obstacle dès lors qu'il y a six candidats pour chaque place.

Dre Sharma: Vous voulez dire à la faculté de médecine?

Le sénateur Roche: La dette n'a pas l'air de les préoccuper.

Dre Sharma: Je pense que vous citez un chiffre antérieur à la faculté de médecine. La faculté de médecine elle-même commence à coûter très cher, notamment en Ontario où elle a été déréglementée et les frais de scolarité peuvent maintenant atteindre 14 000 \$ par an. Nous suivons de près le modèle américain à cet égard et c'est visible de manière répétitive également lorsque les étudiants en médecine choisissent leurs carrières en fonction de l'argent.

Le sénateur Roche: Maintenant, en cherchant à rembourser la dette, est-ce que le facteur américain entre en ligne de compte? Pour des médecins de votre groupe d'âge, est-ce qu'il est intéressant pour des raisons économiques de partir aux États-Unis?

Dre Sharma: Je pense que c'est le cas pour certains, pour des raisons financières. Ce n'est pas limité aux États-Unis non plus. De nombreux médecins en pratique — pas nécessairement de nouveaux médecins — regardent ailleurs: l'Arabie Saoudite, ou les Émirats unis. Pour les résidents, je ne peux pas dire que je connais des cas précis qui soient partis aux États-Unis.

Le sénateur Roche: Je n'ai pas compris. Vous ne pouvez pas dire...

Dr. Sharma: That I know of a specific resident or a new physician who has gone to the U.S. directly from their training.

Senator Roche: What do you want to do in your medical life?

Dr. Sharma: Well, I should give you a little background of my medical life. I ended up in family practice. I graduated and got my CFFP, which is a specialization in family practice. I practiced for one year in both urban and rural communities. It became apparent to me, during my final year of training, that it was not a career path that I wanted to follow. I tried very enthusiastically to switch career paths and I was unable. I could not find an opportunity to do that.

Once I finished I looked at re-entry, and in Canada it is extremely difficult. I was looking at going to the U.S. because it is easier to get a specialty there. I know of two physicians who have done that as well, who have gone for retraining in the U.S. because they could not get access here at home.

Senator Roche: So what kind of medicine are you going to practice? What do you really want to do?

Dr. Sharma: I am going to be a radiologist. I am in the midst of my training currently. I was only able to do that because I got external funding.

Senator Roche: What does that mean?

Dr. Sharma: That means I worked out a return-of-service contract with Prince George, a community where I had done my initial training and practiced.

Senator Roche: Is that bad?

Dr. Sharma: That is not necessarily bad, but I do not believe it is the best option either. I think more people would change career paths, if they could, at various times — whether it be in their residency or following their residency. I am lucky to have a return-of-service contract as I do because I have a spouse who would be able to work in Prince George. If my spouse was an MBA or worked for a big bank or something, he would not be able to survive in Prince George. He would not have a job. It would not be something that I could consider unless I was willing to leave him behind. I am lucky because I had that flexibility, but other people do not. I am saying it is not the best choice.

Senator Roche: Good luck in your career.

Dr. Sharma: Thank you.

The Chairman: Professor Gilbert, in your comment you said that the students in one profession do not learn anything about the other professions and therefore it is difficult to learn to work in teams. You also mentioned the need to change the scope of practice and competency rules. I understand the problem. I completely agree with you. We identified the problem as well in our report, but I am puzzled that someone in your position — maybe I am unclear on what the coordinator of health sciences

Dre Sharma: Que je connais pas un résident précis ou un nouveau médecin qui soit parti aux États-Unis directement après sa formation.

Le sénateur Roche: Qu'est-ce que vous voulez faire dans votre carrière médicale?

Dre Sharma: Eh bien, il faut que je vous parle un peu de ma formation médicale antérieure. Je me suis retrouvée en pratique familiale. J'ai obtenu mon diplôme et mon CFFP, qui est une spécialisation en pratique familiale. J'ai exercé pendant un an dans deux localités, urbaine et rurale. Il m'est apparu, durant ma dernière année de formation, que ce n'était pas une carrière dans laquelle je voulais m'engager. J'ai vraiment essayé de changer d'orientation mais j'en ai été incapable. Je n'ai pas trouvé la possibilité de le faire.

Une fois que j'ai eu fini, j'ai cherché à me faire réadmettre, et au Canada c'est extrêmement difficile. J'ai envisagé d'aller aux États-Unis parce que c'est plus facile d'y obtenir une spécialité. Je connais deux médecins qui l'ont fait, qui sont partis pour recommencer leur formation aux États-Unis parce qu'ils ne pouvaient pas le faire ici.

Le sénateur Roche: Dans quel domaine allez-vous pratiquer? Que voulez-vous vraiment faire?

Dre Sharma: Je serai une radiologue. J'en suis au milieu de ma formation actuellement. Je n'ai pu le faire que grâce à un financement externe.

Le sénateur Roche: Que voulez-vous dire?

Dre Sharma: J'ai conclu un contrat de service post-formation avec Prince George, une localité où j'avais fait ma formation initiale et où j'ai déjà exercé.

Le sénateur Roche: Est-ce mauvais?

Dre Sharma: Ce n'est pas nécessairement mauvais, mais je ne crois pas que ce soit le meilleur choix. Je pense que plus de gens modifieraient le cours de leur carrière, s'ils le pouvaient, à différents moments — pendant leur résidence officielle ou après. J'ai la chance d'avoir un contrat de service post-formation parce que j'ai un conjoint qui pourrait travailler à Prince George. Si mon conjoint était un MBA ou travaillait pour une grande banque ou autre chose, il ne serait pas capable de survivre à Prince George. Il n'aurait pas de travail. Ce ne serait pas envisageable à moins que nous ne vivions séparément. J'ai de la chance d'avoir cette souplesse, mais tout le monde ne l'a pas. Je dis que ce n'est pas le meilleur choix.

Le sénateur Roche: Bonne chance dans votre carrière.

Dre Sharma: Merci.

Le président: Professeur Gilbert, dans votre remarque vous avez dit que les étudiants d'une profession n'apprennent rien des autres professions et donc il est difficile d'apprendre à travailler en équipe. Vous avez aussi mentionné le besoin de modifier le champ d'action de la pratique et les règles de compétence. Je comprends le problème, je suis totalement de votre avis. Nous avons également identifié le problème dans notre rapport, mais je suis étonné que quelqu'un dans votre position — peut-être que ce

does — but it seems to me that you are in a position to be able to work towards solving the problem.

Do you understand what I am saying? What I am saying is that here you are in the academic institution that is training these professions. Can you people not have influence?

Dr. Gilbert: Have you looked at all the health programs in Canada? This is an interesting question, but we need about three weeks to answer it.

The Chairman: You understand the point I am making. Let me put it this way: I asked the Dean of Medicine the question, he made it very clear it was not him. I understand politics is the art of shifting the blame. I was curious. I am trying to find out who is supposed to deal with this problem.

Dr. Gilbert: It is a good question. I can tell you that last night at the University of British Columbia Senate we approved the establishment of a college of health disciplines. You might say, oh, another faculty, but in fact it is not. It is an affiliation of seven faculties who have agreed to collaborate to do what I have spoken about this afternoon.

The Chairman: Including medicine?

Dr. Gilbert: Including medicine. It has taken two and one-half years of hearings just like this to get there. Roosevelt said changing the curriculum is like moving a graveyard. Getting people to move to this place is incredibly difficult, but we have done it. It is absolutely amazing. However, we still need the tools to do what Charles has referred to in a different context: evaluate. We need to know: Does this work? If it works, where does it work? Where it works, does it work successfully?

The Chairman: I agree.

Dr. Gilbert: Okay. It is an incredibly difficult thing to do and we have spent all that time and we have done it.

The Chairman: Are you the first place in Canada to do it?

Dr. Gilbert: We are the first place in the world to do it because it is such a difficult thing. Universities are bound by acts, university acts. If you read them very carefully they place responsibilities with faculties. It is the statute that governs universities is what makes this difficult to do.

The Chairman: As a former academic I can say I have always thought universities were the only institution designed to be unmanageable.

I have one question for Professor Mintzes. On page 5 of your brief you talk about a reinterpretation of a Health Canada regulation under the Food and Drug Act which is now leading to some forms of prescription drug advertising that used to be banned. Can you give us some more detail on that either now or later?

Ms Mintzes: It is very simple. I can give you detail now. In the Food and Drug Act, there is one exception to the broad prohibition against prescription drug advertising to the public and that is an exception that was brought in 1978 to allow pharmacists

que fait un coordonnateur des sciences de la santé est un peu vague dans mon esprit — mais il me semble que vous êtes bien placé pour être capable de travailler à la solution du problème.

Comprenez-vous ce que je dis? Ce que je dis, c'est que vous êtes dans l'institution universitaire qui forme ces professionnels. Ne vous est-il pas possible d'avoir une influence?

M. Gilbert: Avez-vous vu tous les programmes de santé au Canada? C'est une question intéressante, mais il nous faut environ trois semaines pour y répondre.

Le président: Vous comprenez ce que je veux dire. Je vous le dirai comme ceci: J'ai posé la question au doyen de la faculté de médecine, il m'a dit très clairement que ce n'était pas lui. Je comprends que la politique est l'art de transmettre le reproche. J'étais curieux, je cherche à savoir qui est censé s'occuper de ce problème.

M. Gilbert: C'est une bonne question. Je vous peux dire qu'hier soir, au sénat de l'Université de la Colombie-Britannique, nous avons approuvé la fondation d'un collège des disciplines de la santé. Vous pourriez vous dire, oh, une faculté de plus, mais en fait, ce n'est pas le cas. C'est une affiliation de sept facultés qui ont accepté de collaborer pour faire ce dont j'ai parlé cet après-midi.

Le président: Y compris la médecine?

M. Gilbert: Y compris la médecine. Il a fallu deux ans et demi d'audiences comme celle-ci pour y arriver. Roosevelt a dit que changer de programme d'études, c'était comme changer de cimetière. Faire bouger les gens est incroyablement difficile, mais nous l'avons fait. C'est absolument étonnant. Toutefois, nous avons encore besoin des outils pour faire ce que Charles a évoqué dans un contexte différent: évaluer. Nous avons besoin de savoir: Est-ce que cela marche? Si cela marche, où cela marche-t-il? Où cela marche, cela marche-t-il bien?

Le président: D'accord.

M. Gilbert: D'accord. C'est une chose incroyablement difficile à faire, nous y avons passé tout ce temps et nous l'avons faite.

Le président: Êtes-vous les premiers à le faire au Canada?

M. Gilbert: Nous sommes les premiers au monde à le faire parce que c'est si difficile. Les universités sont liées par des lois, les actes universitaires. Si vous les lisez très soigneusement, les responsabilités sont attribuées aux facultés. C'est la législation qui régit les universités qui rend la chose difficile.

Le président: En tant qu'ancien universitaire, je peux vous dire que j'ai toujours pensé que les universités étaient la seule institution conçue pour être ingouvernable.

J'ai une question pour Mme Mintzes. À la page 5 de votre étude, vous parlez d'une réinterprétation d'un règlement de Santé Canada en vertu de la Loi sur les aliments et médicaments qui permet maintenant quelques formes de publicité sur les médicaments d'ordonnance qui étaient interdites. Pouvez-vous nous donner plus de détails à ce sujet, maintenant ou ultérieurement?

Mme Mintzes: C'est très simple, je peux vous donner des détails tout de suite. Dans la Loi sur les aliments et médicaments, il y a une exception à l'interdiction générale de la publicité sur les médicaments d'ordonnance, et c'est une exception qui date de

to post comparative prices in pharmacies. It is in keeping with the public health perspective in that it is useful for the public to have comparative price information. That exception states that an advertiser may not make any representation other than name, price and quantity in an advertisement of a prescription-only drug.

That amendment to the Food and Drug Act has now been in place for more than 20 years. However, it is only in about the last two years that we have seen billboards that say "Zyban, ask your doctor" or that say "Dyan 35, ask your doctor or your dermatologist," or we have had Guy Lafleur on television flogging Viagra. There has been a large change in terms of the type of advertisements we are seeing originating in Canada.

I have been involved in several complaints to Health Canada about illegal advertising campaigns. My information about the reinterpretation of the law comes out of a letter from Allan Rock to a coalition of women's health organizations with which I work that had complained about an advertising campaign targeting young women. The reinterpretation says that an advertiser may state the name of a prescription drug as long as they do not state the indication or they may state the indication as long as they do not state the name.

If I read the Food and Drug Act that is very different from what is in it and it is certainly very different from the spirit of the prohibition in the act. Also even the wording "may not make any representation other than," well, a sort of advertising image is a "representation other than," so is "ask your doctor."

The Chairman: This was a reinterpretation. I presume, you said done two years ago?

Ms Mintzes: We first saw it in writing in a letter from Allan Rock in September 2000.

The Chairman: Could you do us a favour and give us the letter? We can chase the letter down through our bureaucracy but it would be much faster because you know where the letter is.

Ms Mintzes: Yes. I will work out afterwards how to get you a copy of the letter.

The Chairman: I have seen those ads and I wondered myself how they were not clearly a violation of the law.

Ms Mintzes: My interpretation is, yes, they are clearly in violation of the law.

The Chairman: None of us around the table are lawyers, but I would agree it is in violation of the spirit of the act.

Senator Morin: I have a few short questions.

Dr. Wright, as you know, in the health system there is a payer, the provider and the evaluator. Everybody has been talking about the payer; everybody has been talking about providers. If we had, let us say, several providers in the region, how would you set up an evaluation system for these providers? How would you go around to do that?

1978 pour permettre aux pharmaciens d'afficher des comparaisons de prix dans les pharmacies. C'est conforme à la perspective de santé publique dans la mesure où il est pratique pour le public de disposer de comparaisons de prix. Cette exception stipule qu'un annonceur ne peut présenter que le nom, le prix et la quantité dans une publicité sur un médicament d'ordonnance.

Cet amendement à la Loi sur les aliments et médicaments existe maintenant depuis plus de 20 ans. Toutefois, c'est seulement depuis deux ans que nous avons vu apparaître des panneaux publicitaires disant «Zyban, demandez-en à votre médecin» ou encore «Dyan 35, demandez-le à votre médecin ou votre dermatologue», et puis nous avons eu Guy Lafleur à la télévision pour nous présenter les mérites du Viagra. Il y a eu un grand changement dans le genre de publicité qui est faite au Canada.

J'ai participé à plusieurs plaintes à Santé Canada sur des campagnes publicitaires illégales. Mon information sur la réinterprétation de la loi provient d'une lettre d'Allan Rock à une coalition d'organismes de santé des femmes avec laquelle je travaille et qui s'était plainte d'une campagne publicitaire ciblant les jeunes femmes. La réinterprétation prévoit qu'un annonceur peut déclarer le nom d'un médicament d'ordonnance tant qu'il n'en donne pas l'indication ou inversement annoncer l'indication à la condition de ne pas citer le nom.

Si je lis la Loi sur les aliments et médicaments, c'est très différent de ce qui y figure et c'est certainement différent de l'esprit de l'interdit de la loi. Même le libellé «ne peut faire de représentation autre que...» Eh bien, une sorte d'image publicitaire constitue une «représentation autre que», de même que «demandez-en à votre médecin.»

Le président: C'était une réinterprétation, je présume, vous dites d'il y a deux ans?

Mme Mintzes: Nous l'avons vue pour la première fois par écrit dans une lettre d'Allan Rock en septembre 2000.

Le président: Pourriez-vous nous rendre service en nous donnant la lettre? Nous pourrions essayer de la retrouver dans notre bureaucratie, mais ce serait beaucoup plus rapide parce que vous savez où elle est.

Mme Mintzes: Si. Je vais m'organiser pour vous en envoyer une copie.

Le président: J'ai vu ces publicités et je me suis demandé moi-même comment il se faisait qu'elles n'étaient pas en infraction.

Mme Mintzes: Mon interprétation est qu'elles sont clairement en infraction.

Le président: Aucun d'entre nous autour de la table n'est avocat, mais je dirais qu'elles violent l'esprit de la loi.

Le sénateur Morin: J'ai quelques courtes questions.

Docteur Wright, comme vous le savez, dans le système de santé il y a un payeur, le fournisseur et l'évaluateur. Tout le monde a parlé du payeur; tout le monde a parlé des fournisseurs. Si nous avons, disons, plusieurs fournisseurs dans la région, comment organiseriez-vous un système d'évaluation pour ces fournisseurs? Comment procéderiez-vous?

Dr. Wright: The proposition is that if there were a variety of providers and payer mechanisms? You would do it by contract. The tools are available for evaluating health services. It would be naïve to suggest that we have good ways of evaluating everything. However, for much of what we do — prescribing, hospitalizations, surgical procedures, diagnostic tests — we have means of evaluating them. It is simply a question of operationalizing them.

Senator Morin: You would contract that out to whom?

Dr. Wright: There is a cadre of professionals in the health care system — most of whom work in the acute care system in hospitals now — that have various names like quality management.

Senator Morin: Do you think it is bit odd to have the people actually within the system evaluating themselves? Would you not prefer to have an evaluator that would be outside the providers if you want to evaluate them?

Dr. Wright: This debate goes on in any evaluation program. You need people who understand the system thoroughly, yet there is a potential, of course, for a bias.

Senator Morin: You cannot very well evaluate yourself and compare yourself to others.

Dr. Wright: I think in this case it is not a problem because the cadre of people I am describing do not take all the major decisions. Physicians and nurses take the major decisions. The evaluators are almost all middle-management people, administrators in the health care system, or people who have taken clinical epidemiology evaluation courses, administrative health science courses.

Senator Morin: Do you not see a possibility of having an outside organization that would be different from the providers to carry out the evaluation?

Dr. Wright: I would love to see an outside organization set some national standards and say “here are the means of conducting your evaluation” and “here is how we would suggest going about it,” because a lot of people are floundering.

Senator Morin: Would that be a quality council or would that be something different?

Dr. Wright: It would be absolutely within the quality framework, yes.

Senator Morin: Thank you very much. I think Dr. Wright is the first one that has talked about this and it is an essential element of any system to evaluate what you are doing. Are you saying that the standards should be national and the actual evaluation done more locally but you have no objection to it being done within a hospital?

Dr. Wright: Any evaluation program needs an assessment of how much can be done within and how much should be completely independent.

M. Wright: Vous voulez dire s'il y avait une variété de fournisseurs et de mécanismes de paiement? Vous le feriez par contrat. Il y a des outils disponibles pour évaluer les services de santé. Il serait naïf de proposer que nous avons de bonnes façons d'évaluer n'importe quoi. Toutefois, pour beaucoup de nos activités — ordonnances, hospitalisation, opérations chirurgicales, examens diagnostiques — nous avons les moyens pour les évaluer. C'est simplement une question de mise en œuvre.

Le sénateur Morin: Vous sous-traiteriez avec qui?

M. Wright: Il y a un cadre de professionnels dans le système de soins de santé — la plupart d'entre eux travaillent aux soins intensifs dans les hôpitaux avec diverses attributions comme la gestion de la qualité.

Le sénateur Morin: Ne pensez-vous pas qu'il est un peu étrange de demander à des gens qui sont réellement dans le système de s'évaluer eux-mêmes? Vous ne préféreriez-vous pas avoir un évaluateur qui est extérieur aux fournisseurs si vous voulez les évaluer?

M. Wright: Cette discussion revient pour tous les programmes d'évaluation. Il vous faut des gens qui comprennent parfaitement le système, mais il y a, bien sûr, quand même un risque de biais.

Le sénateur Morin: Il est difficile de s'évaluer soi-même, et en plus de se comparer aux autres.

M. Wright: Je crois dans ce cas que ce n'est pas un problème parce que le cadre de gens que je décris ne prend pas les décisions importantes. Les médecins et les infirmières les prennent. Les évaluateurs sont presque tous des cadres moyens, gestionnaires du système de soins de santé, ou des gens qui ont suivi des cours d'évaluation épidémiologique clinique, des cours d'administration des sciences de la santé.

Le sénateur Morin: Vous n'envisagez pas la possibilité d'avoir recours à un organisme extérieur qui serait différent des fournisseurs pour effectuer l'évaluation?

M. Wright: Je serais très heureux de voir un organisme extérieur définir certaines normes nationales et nous dire «voici les moyens pour effectuer votre évaluation» et «voici comment nous proposons de procéder» parce que beaucoup de gens n'y arrivent pas.

Le sénateur Morin: Serait-ce un conseil de la qualité ou quelque chose de différent?

M. Wright: Ce serait absolument à l'intérieur du cadre de qualité, oui.

Le sénateur Morin: Merci beaucoup. Je crois que le Dr Wright est le premier qui ait parlé de cela et c'est un élément essentiel de tout système pour évaluer ce que vous faites. Vous nous dites que les normes devraient être nationales et l'évaluation réelle effectuée plus localement, mais vous n'avez pas d'objection à ce qu'elle se fasse au sein d'un hôpital?

M. Wright: Tout programme d'évaluation a besoin d'une évaluation de ce qui peut se faire à l'intérieur et de ce qui devrait être complètement indépendant.

Senator Morin: Professor Mintzes, I have read that there is a European pilot project, which is quite extensive, covering several countries, that has a view towards extending drug advertising throughout Europe.

Ms Mintzes: There is a proposal made by the European commission that has not yet been voted on by the parliament so it is not clear what will happen with it. That is a proposal for allowing advertising for three disease states.

Senator Morin: As a pilot project?

Ms Mintzes: I have seen the proposed changes in the legislation and certainly some of the public proclamations about it do not really match the proposals in the legislation. It looks like a project — pilot or not — to allow limited advertising for three disease states. Previously, there had been statements from the U.K. saying that the results of the European union review did not show any appetite among member states to allow this advertising.

Senator Morin: From what I understood Europe is moving in that direction, but time will tell where they move.

Ms Mintzes: It is not clear yet, but within the year, I think, the parliament will probably vote on it.

Senator Morin: If Europe moves that way, with the U.S. and New Zealand, we will be in a bit of an isolated situation here.

Ms Mintzes: Australia has carried out a review of their legislation from a trade and competition point of view and, contrary to what was expected, they recommended very strongly against allowing advertising.

Senator Morin: Australia is a different situation concerning drugs. As you know, they are on the special list of the most unfriendly country towards the pharmaceutical industry.

Ms Mintzes: I would not say that. In fact, they have a national medicines policy that includes supporting the industry.

Senator Morin: Dr. Sharma, thank you very much for coming. I think it is important for the national organization to be present on this debate. You have a few recommendations dealing with our program. For example, everybody is grappling with the primary care reform right now. I think you family physician residents should be right into this and they should do it fairly quickly because they will live with this.

Dr. Sharma: Yes.

Senator Morin: There are all sorts of issues. For example, should we go to fee-for-service capitation, that is the way they will be paid. How do they feel about interdisciplinary teams, — nurse practitioners working next to them? These are the people who are going live with this throughout their career.

Le sénateur Morin: Madame Mintzes, j'ai lu qu'il y a un projet pilote européen, qui est de grande envergure, couvrant plusieurs pays, qui porte sur une extension possible de la publicité pharmaceutique dans toute l'Europe.

Mme Mintzes: Il y a une proposition formulée par la Commission européenne, et qui n'a pas encore fait l'objet d'un vote au Parlement; on ne sait pas très bien ce qui va en advenir. C'est une proposition pour permettre la publicité pour trois états de maladie.

Le sénateur Morin: Comme projet pilote?

Mme Mintzes: J'ai vu les changements proposés à la législation et certaines des déclarations publiques à ce sujet ne correspondent pas vraiment aux propositions. Cela ressemble à un projet pilote ou non — visant à permettre la publicité limitée pour trois états de maladie. Antérieurement, il y avait eu des déclarations du Royaume-Uni indiquant que les résultats de l'examen par l'Union européenne n'a pas suscité d'intérêt parmi les États membres pour permettre cette publicité.

Le sénateur Morin: D'après ce que j'ai compris, l'Europe s'en va dans cette direction, mais le temps nous dira où elle va.

Mme Mintzes: Ce n'est pas clair pour l'instant, mais d'ici un an, je pense, le Parlement sera probablement appelé à voter.

Le sénateur Morin: Si l'Europe prend cette voie, avec les États-Unis et la Nouvelle-Zélande, nous allons nous retrouver un peu isolés ici.

Mme Mintzes: L'Australie a procédé à une révision de sa législation d'un point de vue commerce et concurrence et, contrairement à toute attente, ils se sont prononcés très fortement contre la publicité.

Le sénateur Morin: L'Australie est dans une position différente concernant les médicaments. Comme vous le savez, ils sont sur la liste spéciale des pays les plus hostiles à l'industrie pharmaceutique.

Mme Mintzes: Je ne dirais pas cela. En fait, ils ont une politique nationale des médicaments qui comprend un soutien à l'industrie.

Le sénateur Morin: Docteur Sharma, merci beaucoup d'être venue. Je pense qu'il est important pour l'organisme national d'être présent à ce débat. Vous avez quelques recommandations portant sur notre programme. Par exemple, tout le monde s'attaque à la réforme des soins primaires à l'heure actuelle. Je pense que vous, les résidents en médecine familiale, devriez y participer, et passablement rapidement parce vous allez devoir vivre avec.

Dre Sharma: Oui.

Le sénateur Morin: Il y a toutes sortes de questions. Par exemple, si nous proposons une participation sous forme d'honoraires de service, c'est la façon dont ils seront payés. Comment réagissent-ils aux équipes interdisciplinaires — travailler avec des infirmières praticiennes à leurs côtés? Ce sont des gens qui vont vivre ce contexte durant toute leur carrière.

I strongly urge you to have your national organization look at this, look at our report, like other reports. The Fyke report and the Claire report are all dealing with primary care reform. I think the family physician residents should be very much involved in this.

Generally there are other issues dealing with those who are in specialties, but I think we need strong input, fairly soon, from the family physician residents on the primary care reform — which would be a major reform if that gets through. I think they should make their point known quickly.

Dr. Sharma: I agree.

Senator Keon: Dr. Gilbert, I want to congratulate you on what you have achieved. In the health professions there is no question we have been turning in bad fits for some time. People are coming out of the system with an education that does not equip them at all for what they are going into, and that is one step along the way in making progress. We have got a long way to go in the health professions and I will just leave it at that, the hour is late.

Dr. Sharma, I want to move from that point to you. I am concerned about the way the Royal College has become rather inflexible. I was on council of the Royal College for more years than I care to admit; I also served as a professor of surgery for 16 years where I had to deal with resident flips from programs and so forth.

I would strongly encourage you to get involved. You are young, you have lots of energy, get your friends involved. You have got to change the thinking at the Royal College. I can tell you, some of the elders there are getting a bit long in the tooth, like myself, and a bit out of touch. They need some young people to shake them up a bit.

I do specifically though want to come to your predicament, which is disturbing. You have trained as a family physician, you have discovered you do not want to be a family physician. You are now training as a radiologist. You are tied to the barn, going back to a relatively small community. I get the distinct impression you want to be an academic probably. I could be wrong, but I get that impression from what you are saying. So you sold your soul and it is not going to take you down the career path you want to go. That truly is tragic. However, I am sure you will surface and eventually get to do what you want to do. The important thing is you get there, even if it takes you a few years longer.

I will not question you, Ms Mintzes. Your presentation was clear, I know what your points are, and they are well taken.

Dr. Wright, I want to make one important point with you. I commend you on the study, and I read the headlines. This indeed, is the only way to go if we are actually going to any health care planning, but I feel very strongly that this has to be linked to population health. The directives have to come from the top on a population health basis. There is nothing wrong with contracting out to groups of epidemiologists who will probably do it better than bureaucrats located either in Ottawa or provincially or

Je vous suggère fortement de demander à votre organisation nationale de considérer cela, de lire notre rapport, ainsi que les autres. Le rapport Fyke et le rapport Claire portent tous deux sur la réforme des soins primaires. Je pense que les médecins de famille devraient s'y intéresser de très près.

D'une manière générale, il y a d'autres questions intéressantes ceux qui sont dans les spécialités, mais je pense que nous avons besoin d'une forte participation, dans un très proche avenir, des médecins de famille sur la réforme des soins primaires — qui sera une réforme importante si elle passe. Je pense qu'ils devraient faire connaître leur point de vue rapidement.

Dre Sharma: Je suis de votre avis.

Le sénateur Keon: Docteur Gilbert, je veux vous féliciter de ce que vous avez réalisé. Dans les professions de la santé, il n'y a pas de doute que les choses ne tournent pas toujours très rond. Les gens sortent du système avec une formation qui ne leur donne pas tous les outils dont ils auront besoin, et c'est un pas dans la voie du progrès. Nous avons encore du chemin à faire dans les professions de la santé et j'en resterai là car il se fait tard.

Docteure Sharma, maintenant c'est à vous que je veux m'adresser. Je suis préoccupé par la rigidité dont fait preuve le Collège royal. J'ai siégé au conseil du Collège royal pendant plus d'années que je ne veux bien l'admettre; j'ai aussi été professeur de chirurgie pendant 16 ans, avec des résidents qui changeaient de programmes et ainsi de suite.

Je vous encouragerais fortement à participer. Vous êtes jeune, vous avez de l'énergie à revendre, faites participer vos amis. Vous devez faire changer d'attitude le Collège royal. Je peux vous dire que certains des anciens commencent à avoir la tremblotte, comme moi, et ont un peu perdu le contact. Ils ont besoin de quelques jeunes gens pour les secouer un peu.

Mais je voudrais précisément en venir à votre situation difficile, qui est inquiétante. Vous avez suivi une formation de médecin de famille, vous avez découvert que vous ne vouliez pas être médecin de famille. Vous suivez maintenant une formation de radiologue. Vous êtes attachée à l'écurie, obligée de retourner dans une localité relativement petite. J'ai l'impression très nette que vous seriez probablement attirée par une carrière universitaire. Je peux me tromper, mais j'ai cette impression à vous écouter. Vous avez vendu votre âme et vous ne pouvez prendre l'orientation qui vous attirerait. C'est vraiment tragique. Cependant, je suis sûr que vous allez refaire surface et que vous finirez par faire ce qui vous plaît. L'important, c'est d'y arriver même s'il vous faut quelques années de plus que prévu.

Je ne vous poserai pas de questions, madame Mintzes. Votre exposé écrit était clair, je sais quels sont vos arguments, et ils sont pertinents.

Docteure Wright, je veux insister sur un point important avec vous. Je vous félicite pour l'étude, et j'ai lu les titres. C'est en fait la seule façon de procéder pour vraiment faire la planification des soins de santé, mais je suis très fortement d'avis que cela doit être lié à la santé de la population. Les directives doivent venir d'en haut, sur une base de santé de la population. Il y a rien de mal à sous-traiter à des groupes d'épidémiologistes qui feront vraisemblablement un meilleur travail que des bureaucrates situés soit à

whether it is ISIS or some other organization that does it. It does not matter who does the studies, but the studies have to be connected to population health with the appropriate feedback loops so that appropriate health care planning can be done.

I hope you will agree with that. I am really teasing that gospel out of every witness we get here and I do not know if I am going down the wrong path.

Dr. Wright: I have no argument with that. That would be the ideal situation to me.

The Chairman: I thank all of you for coming, it has been absolutely fascinating. I think, Dr. Gilbert, you have the toughest assignment because trying to corral all those horses and get them moving in the same direction is not going to be easy. I will tell you one of my early academic assignments was trying to create a faculty of science out of a school of library science, a business school, a school of public administration, a school of health administration. Anything I have done in government was easier, so good luck.

Dr. Gilbert: Thank you.

The committee adjourned.

Ottawa soit en province, soit si c'est l'ISIS ou quelque autre organisme qui le fait. Peu importe qui fait les études, mais les études doivent être reliées à la santé de la population avec les boucles appropriées de réaction pour qu'une planification appropriée des soins de santé puisse avoir lieu.

J'espère que vous êtes d'accord avec cela. Je prêche l'évangile à chaque témoin que nous recevons ici et je ne sais pas si je vais dans la mauvaise direction.

M. Wright: Je n'ai pas d'objection. Ce serait la situation idéale à mon avis.

Le président: Je vous remercie tous d'être venus, la discussion a été absolument fascinante. Je pense, docteur Gilbert, que vous avez la tâche la plus difficile parce que essayer de rassembler tous ces chevaux pour les faire aller dans la même direction ne va pas être facile. Une de mes premières missions universitaires a consisté à créer un faculté des sciences à partir d'une école de bibliothéconomie, d'une école de commerce, d'une école d'administration publique, et d'une école d'administration de la santé. Tout ce que j'ai fait au gouvernement a été plus facile, alors bonne chance.

M. Gilbert: Merci.

La séance est levée.

From the Health Association of British Columbia:

Lorraine Grant, Chair of the Board of Directors;

Lisa Kallstrom, Executive Director.

From the University of British Columbia:

Professor John H. V. Gilbert, Coordinator of Health Sciences.

From the University of British Columbia — Vancouver Hospital and Health Sciences Centre:

Professor Charles Wright, Centre for Clinical Epidemiology and Evaluation.

From the University of British Columbia — Centre for Health Services and Policy Research:

Professor Barbara Mintzes.

From the Professional Association of Residents of British Columbia:

Dr. Kristina Sharma.

De la Health Association of British Columbia:

Lorraine Grant, présidente du conseil d'administration;

Lisa Kallstrom, directrice générale.

De l'Université de la Colombie-Britannique:

Professeur John H.V. Gilbert, coordonnateur des sciences de la santé.

De l'Université de la Colombie-Britannique — Vancouver Hospital and Health Sciences Centre:

Professeur Charles Wright, Centre for Clinical Epidemiology and Evaluation.

De l'Université de la Colombie-Britannique — Centre for Health Services and Policy Research:

Professeure Barbara Mintzes.

De la Professional Association of Residents of British Columbia:

Dre Kristina Sharma.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada —
Publishing
45 Sacré-Cœur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —
Édition
45 Boulevard Sacré-Cœur,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Saskatchewan Committee on Medicare:

Ken Fyke, former Chair.

From the Tommy Douglas Research Institute:

Dave Barrett, Chair:

Marc Eliesen, Co-Chair.

From the Market-Media International Corporation:

Joan Gadsby, President.

*From the University of British Columbia — Family Practice,
Residency Program:*

Dr. J. Galt Wilson, Program Director — Prince George Site.

From the University of British Columbia:

Dr. John A. Cairns, Dean of Medicine:

Dr. Joanna Bates, Associate Dean, Admissions.

From the Health Professions Council:

Dianne Tingey, Member:

Gerry Fahey, Executive Director.

From the Cambie Surgery Centre:

Dr. Brian Day, Founder.

As an individual:

Cynthia Ramsay, Health Economist.

(Continued on previous page)

Du Saskatchewan Committee on Medicare:

Ken Fyke, président sortant.

Du Tommy Douglas Research Institute:

Dave Barrett, président:

Marc Eliesen, coprésident.

De la Market-Media International Corporation:

Joan Gadsby, présidente.

*De l'Université de la Colombie-Britannique — Médecine
familiale, Programme de résidence:*

Dr J. Galt Wilson, directeur des programmes — Site Prince
George.

De l'Université de la Colombie-Britannique:

Dr John A. Cairns, doyen de la médecine:

Dre Joanna Bates, doyenne associée, Admissions.

Du Conseil des professions de la santé:

Dianne Tingey, membre:

Gerry Fahey, directeur exécutif.

Du Cambie Surgery Centre:

Dr Brian Day, fondateur.

À titre personnel:

Cynthia Ramsay, économiste de la santé.

(Suite à la page précédente)

26
551

Document
Produit



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001

Première session de la
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Friday, October 19, 2001

Le vendredi 19 octobre 2001

Issue No. 34

Fascicule n° 34

Twenty-ninth meeting on:
The state of the health care system in Canada

Vingt-neuvième réunion concernant:
L'état du système de soins de santé au Canada

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

| | |
|----------------------|------------------|
| Callbeck | Keon |
| * Carstairs, P.C. | * Lynch-Staunton |
| (or Robichaud, P.C.) | (or Kinsella) |
| Carney, P.C. | Morin |
| Cook | Pépin |
| Cordy | Robertson |
| Fairbairn, P.C. | Roche |

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

| | |
|----------------------|------------------|
| Callbeck | Keon |
| * Carstairs, c.p. | * Lynch-Staunton |
| (ou Robichaud, c.p.) | (ou Kinsella) |
| Carney, c.p. | Morin |
| Cook | Pépin |
| Cordy | Robertson |
| Fairbairn, c.p. | Roche |

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

MINUTES OF PROCEEDINGS

VANCOUVER, Friday, October 19, 2001
(38)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in the Mackenzie I Room, The Fairmont Waterfront Hotel, Vancouver, British Columbia, at 9:00 a.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Keon, Kirby, and LeBreton (3).

Other senators present: The Honourable Senators Lawson and St. Germain.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the Committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No.2.*)

WITNESSES:

From the Canadian Medical Association:

Dr. Peter Barrett, Past President;

Dr. Arun Garg, Chair, Council on Health Policy and Economics.

From the British Columbia Medical Association:

Dr. Heidi Oetter, President;

Darrell Thomson, Director, Economics and Policy Analysis.

From the University of British Columbia, Anxiety Disorders Unit, Department of Psychiatry:

Dr. Peter D. McLean, Professor and Director.

From the Maples Surgical Centre (Manitoba)

Dr. Mark Godley.

The Chairman made a statement. Dr. Barrett made a statement. Dr. Oetter made a statement. The witnesses answered questions.

The Chairman made a statement. Dr. McLean made a statement. Dr. Godley made a statement. The witnesses answered questions.

At 11:14 a.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:**PROCÈS-VERBAL**

VANCOUVER, le vendredi 19 octobre 2001
(38)

[Traduction]

Le Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 heures dans la salle Mackenzie I de l'Hôtel Fairmont Waterfront à Vancouver, en Colombie-Britannique, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Keon, Kirby et LeBreton (3).

Autres sénateurs présents: Les honorables sénateurs Lawson et St. Germain.

Également présente: De la Direction de la recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore.

Sont également présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit l'examen de l'étude spéciale sur l'état du système de soins de santé du Canada. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 2 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS:

De l'Association médicale canadienne:

Dr Peter Barrett, président sortant;

Dr Arun Garg, président, Conseil de la politique et de l'économique de la santé.

De l'Association médicale de la Colombie-Britannique:

Dre Heidi Oetter, présidente;

Darrell Thomson, directeur, Analyse de l'économique et de la politique.

De l'Université de la Colombie-Britannique — Anxiety Disorders Unit, Department of Psychiatry:

Dr Peter D. McLean, professeur et directeur.

Du Maples Surgical Centre (Manitoba):

Dr Mark Godley.

Le président fait une déclaration. Le Dr Barrett fait une déclaration. La Dre Oetter fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

Le président fait une déclaration. Le Dr McLean fait une déclaration. Le Dr Godley fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

À 11 h 14, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

VANCOUVER, Friday, October 19, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9:00 a.m. to examine the state of the health care system in Canada.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: Senators, this is our last morning of hearings in Vancouver. We have with us today the Canadian Medical Association and the British Columbia Medical Association with Peter Barrett, who is the Past President of the CMA. We have Arun Garg, who is the Chair of the Council on Health Policy and Economics for the CMA — although when I first met you, you were with the BCMA so you have switched hats since we first met. We have Dr. Heidi Oetter, who is the President of the BCMA and Darrell Thomson, who is the Director of Economics and Policy Analysis for the BCMA.

Thank you all for coming. I assume that Dr. Barrett and Dr. Oetter both have opening statements and we will proceed from there. Dr. Barrett has come from the East.

Dr. Peter Barrett, Past President, Canadian Medical Association: Actually I am not quite from the East. I am from Saskatoon.

I am the past President of the CMA and I am still a practising physician. You have already introduced my colleagues.

I am a urologist and I am happy to be here representing more than 50,000 of Canada's physicians. We certainly appreciate the opportunity to offer our comments on the "Issues and Options" Report.

The Chairman: I knew all of your colleagues except Dr. Oetter.

Dr. Barrett: Dr. Oetter is President of the British Columbia Medical Association and she is also a family physician who is still practicing, combining two tough jobs here in Coquitlam, B.C.

I should mention that the information we will provide today is part of the Canadian Medical Association's ongoing work on sustainability and it will complement the work that we are doing for the Romanow Commission as well.

We will provide a detailed written submission, which will include a grid to assess and rank each and every one of your options in the "Issues and Options" Report according to "do-ability" and desirability. We are working on that now and that will be available to you at our next appearance, which I believe is October 30.

Let me say at the outset that we agree with your overall assessment that efficiency gains alone will not result in a sustainable health care system in this country, and we applaud your efforts to lay out a comprehensive array of options. We agree that we will not be able to manage our way out of this dilemma.

TÉMOIGNAGES

VANCOUVER, le vendredi 19 octobre 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 heures pour étudier l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Honorables sénateurs, nous en sommes à notre dernier avant-midi d'audiences à Vancouver. Nous accueillons aujourd'hui les représentants de l'Association médicale canadienne et de l'Association médicale de la Colombie-Britannique, soit le Dr Peter Barrett, président sortant de l'AMC, le Dr Arun Garg, président du Conseil de la politique et de l'économie de la santé de l'AMC — même si, lorsque je vous ai rencontré pour la première fois, vous étiez à l'AMCB. Vous avez donc changé de fonction depuis notre première rencontre. Nous accueillons la Dre Heidi Oetter, présidente de l'AMCB, et M. Darrell Thomson, directeur, Analyse de l'économie et de la politique de l'AMCB.

Je vous remercie tous d'être venus. Je suppose que les Drs Barrett et Oetter ont tous deux des déclarations préliminaires et nous allons commencer par eux. Le Dr Barrett est de l'Est.

Le Dr Peter Barrett, président sortant, Association médicale canadienne: En réalité, je ne suis pas tout à fait de l'Est. Je suis de Saskatoon.

Je suis président sortant de l'AMC et toujours actif comme médecin. Vous avez déjà présenté mes collègues.

Je suis urologue et je suis heureux de représenter ici plus de 50 000 des médecins du Canada. Nous vous remercions de pouvoir vous présenter nos commentaires sur le rapport «Questions et options».

Le président: Je connaissais tous vos collègues, sauf la Dre Oetter.

Le Dr Barrett: La Dre Oetter est présidente de l'Association médicale de la Colombie-Britannique. Elle est aussi médecin de famille, toujours active, et combine deux emplois difficiles ici à Coquitlam (Colombie-Britannique).

Je dois préciser que notre intervention d'aujourd'hui s'inscrit dans le contexte du travail en cours que l'Association médicale canadienne a entrepris sur la viabilité et complètera ce que nous faisons aussi pour la Commission Romanow.

Nous vous présenterons un mémoire détaillé qui comprendra une grille d'évaluation et de classement, en fonction de son caractère «faisable» et souhaitable, de chacune des options que vous proposez dans votre rapport «Questions et options». Le document est en préparation et sera disponible lorsque nous viendrons témoigner la prochaine fois, ce qui est prévu, sauf erreur, pour le 30 octobre.

Permettez-moi de préciser en commençant que nous acceptons votre évaluation globale, soit que les gains d'efficacité ne permettront pas à eux seuls de rendre le système de santé viable au Canada. Nous vous félicitons des efforts que vous déployez pour présenter un éventail complet d'options. Nous reconnaissons

We also appreciate your efforts to provoke new thinking, even if sometimes the options you present may fail our “do-ability” or desirability test. It is important to think “out of the box,” and we congratulate you for doing that.

Today we will focus essentially on two areas. The first area will be what we feel are the Canadian Medical Association principles and parameters to help guide us through change. The second area will be an assessment of the options that you have talked about that we like and those that we think need more work.

With regard to the principles and parameters for change, there are five parameters that should guide us. The first is inclusivity. To truly achieve buy-in for all key stakeholders, they have to be involved. There has to be early and ongoing meaningful consultation with patients, with physicians and other health care providers. Too often in the past, meetings have been held behind closed doors and we, the physicians and the patients, have been left to implement and live with policies that, clearly, we knew were not workable. I do not want to get into that. That is old news. We must look to the future now.

That leads me to the second parameter, which is accountability. All stakeholders must assume some level of accountability for the health care system. Physicians have been under pressure for more accountability lately. We have always been accountable because we are the ones who actually have to sit down across the desk from the patients. The same accountability should apply to the rest of the health care system, to the policy-makers, and particularly to governments, federal and provincial.

Third, we, as physicians, have adopted the concept of evidence-based medicine. We stress that what we do should be based on solid evidence of what works and what does not. The health care system should rely on research to give solid evidence for the decisions that are made.

Fourth, we believe in evolution rather than revolution. Yes, we must change and modernize the health care system, but we should build on the best of what Canada has, being mindful that good can sometimes be the enemy of better. We can always do things better and we should consider that. We are always nervous about the big bang approach; we prefer an evolutionary process.

Finally, in terms of parameters, it is time in Canada that we begin to consider health care as an investment good. In the past, we have tended to think of it as a consumption good. In our view, health care is clearly an investment good, both in terms of the contribution it makes to enhancing the individual quality of life of our citizens and what it does to enhance Canadian socio-economic status as a whole and in our communities.

que nous ne pourrions pas nous tirer de ces dilemmes par la gestion. Nous vous savons aussi gré des efforts que vous déployez pour provoquer une réflexion nouvelle, même si les options que vous présentez ne sont parfois pas «faisables» ou souhaitables. Il importe de sortir des sentiers battus et nous vous félicitons de le faire.

Notre intervention d'aujourd'hui portera essentiellement sur deux aspects. Il y a d'abord les principes et les paramètres de l'Association médicale canadienne qui nous guideront en période de changement. Nous présenterons ensuite une évaluation de vos options que nous aimons et de celles qu'il faut, selon nous, améliorer.

En ce qui concerne les principes et les paramètres du changement, cinq paramètres doivent nous guider. Le premier est celui de l'inclusivité. Si l'on veut rallier tous les intervenants clés, il faut les impliquer. Il faut dès le début consulter réellement et constamment les patients, les médecins et les autres prestataires de soins de santé. Il est arrivé trop souvent dans le passé que des réunions se déroulent à huis clos et que l'on nous demande, aux médecins et aux patients, de mettre en œuvre et d'accepter des politiques clairement impossibles pour nous. Je ne veux pas aborder cet aspect. C'est de l'histoire ancienne. Il faut nous tourner vers l'avenir.

Ce qui m'amène au deuxième paramètre, celui de l'obligation de rendre compte. Tous les intervenants doivent accepter certaines responsabilités à l'égard du système de santé. On exerce depuis quelque temps des pressions sur les médecins pour qu'ils rendent davantage de comptes. Nous l'avons toujours fait, parce que c'est nous qui devons faire face aux patients. La même obligation de rendre compte devrait s'appliquer au reste du système de santé, aux responsables des politiques et, en particulier, aux gouvernements provinciaux et fédéral.

Troisièmement, les médecins ont adopté le concept de la médecine factuelle. Nous insistons sur le fait que nos activités doivent reposer sur des preuves solides de ce qui fonctionne ou non. Le système de santé devrait compter sur la recherche pour qu'elle lui fournisse des preuves solides à l'appui des décisions prises.

Quatrièmement, nous croyons à l'évolution plutôt qu'à la révolution. Il faut bien entendu changer et moderniser le système de santé, mais il faut bâtir sur ce que le Canada a de mieux sans oublier que le bien peut parfois être l'ennemi du mieux. Nous pouvons toujours faire mieux et il faut en tenir compte. L'approche de choc nous rend toujours nerveux. Nous préférons l'évolution.

Enfin, en ce qui concerne les paramètres, le moment est venu au Canada de commencer à considérer les soins de santé comme un bien d'investissement. Dans le passé, nous avons eu tendance à les considérer comme un bien de consommation. Il est clair pour nous que les soins de santé sont un bien d'investissement à la fois parce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de vie individuelle et parce qu'ils améliorent la situation socio-économique du Canada dans l'ensemble et de nos collectivités.

With regard to principles, we all know the five principles of the Canada Health Act and I will not go through those. As physicians, we believe there are a series of fundamental or first principles that truly underpin medicare. These must be taken into account explicitly when assessing new policy directions.

The first principle is universality. Health care must be available to all Canadians and health care resources must be allotted on the basis of need, not on ability to pay. Medicare truly is the best remaining universal program in Canada and this lies at the heart of the political sustainability of medicare.

The third principle is choice. One of the hallmarks of medicare is that patients can choose their physicians and they can switch physicians. The physician-patient relationship is very personal and sometimes you get along better with one than another. Patients should have the ability to choose their physician and the ability to seek a second opinion if they are not sure, or if they are concerned. The principle of choice of physicians is essential if the health care system is to sustain its integrity.

The physician must remain an agent of the patient. Medicare originally promoted the concept that the physician was an advocate for the patient. We feel that this must continue. There has been pressure on physicians of late to become advocates for the system, for the economics of the system. That puts us in a very awkward, in fact, a schizophrenic situation. We truly must be the patient's advocate in this system.

The fourth principle is quality. The health care system must continually strive to provide quality. By "quality care" we refer to services that are appropriate for the patient's needs, delivered in a manner that is timely, safe and effective.

These principles and parameters can serve as a guide to the modernization of the health care system I referred to. They will allow us to build on the best of the current system.

If we consider the proposed options and use these principles and parameters to provide a policy framework, or a screen for our approach — and I would acknowledge that it is not broad enough to necessarily cover all the recommendations in the "Issues and Options" paper — it can be a good place for us to analyze the various strengths and weaknesses in the five areas of federal responsibility that the committee has talked about.

Again, we will provide a more detailed analysis on October 30 where we have actually gone through each of these. We could call this a first-blush impression.

The Chairman: This is a work in progress.

Dr. Barrett: Exactly. It obviously needs a little more work.

Quant aux principes, nous connaissons tous les cinq principes de la Loi canadienne sur la santé et je n'en parlerai pas en détail. Comme médecins, nous sommes d'avis qu'il y a une série de principes fondamentaux primordiaux qui sous-tendent vraiment l'assurance-maladie. Il faut en tenir compte clairement dans l'évaluation des nouvelles orientations stratégiques.

Le premier principe est celui de l'universalité. Les soins de santé doivent être disponibles pour tous les Canadiens et il faut affecter les ressources consacrées aux soins de santé en fonction du besoin et non de la capacité de payer. L'assurance-maladie est vraiment le meilleur des programmes universels qui restent au Canada, et cet aspect réside au cœur même de la viabilité politique du programme.

Le troisième principe est celui du choix. Le fait pour les patients de pouvoir choisir leur médecin et en changer constitue une des caractéristiques marquantes de l'assurance-maladie. La relation médecin-patient est très personnelle et, parfois, un patient s'entend mieux avec un médecin qu'avec un autre. En cas de doute, ou s'ils sont préoccupés, les patients devraient pouvoir choisir leur médecin et demander un deuxième avis. Le principe du choix du médecin est essentiel au maintien de l'intégrité du système de santé.

Le médecin doit demeurer un mandataire du patient. À l'origine, l'assurance-maladie préconisait le concept du médecin comme défenseur du patient. Il doit continuer d'en être ainsi. On exerce depuis quelque temps des pressions sur les médecins pour qu'ils deviennent défenseurs du système et de ses aspects économiques. Ce qui nous place dans une situation très bizarre, schizophrène en fait. Nous devons vraiment être les défenseurs des patients dans le système.

Le quatrième principe est celui de la qualité. Le système de santé doit s'efforcer constamment d'offrir de la qualité. Par «soins de qualité», nous entendons les services qui correspondent aux besoins du patient et sont dispensés rapidement et de façon sûre et efficace.

Ces principes et ces paramètres peuvent guider la modernisation du système de santé dont j'ai parlé. Ils nous permettront de bâtir sur ce qu'il y a de mieux dans le système actuel.

Compte tenu des options proposées et si nous utilisons ces principes et ces paramètres pour créer un cadre stratégique ou un plan pour notre démarche — et je reconnais qu'il n'est pas assez vaste pour couvrir nécessairement toutes les recommandations du document «Questions et options» — il peut s'agir pour nous d'un bon endroit où analyser les diverses forces et faiblesses dans les cinq domaines de compétence fédérale dont le comité a parlé.

À ce sujet, nous présenterons une analyse plus détaillée le 30 octobre, lorsque nous nous serons penchés sur chacun de ces aspects. Nous pourrions dire qu'il s'agit d'une première impression.

Le président: C'est un travail en cours.

Le Dr Barrett: Exactement. Il est évident qu'il y en a encore du travail à faire.

There are a number of areas that we like and a number that we think require a little more work. There are a few areas where we have concerns that might not meet the parameters we have talked about, but I would emphasize we have an open mind and we would be willing to consider anything and everything. We commend the committee for taking that approach as well.

Areas where we agree and where we concur would be things like health technology. We have developed a detailed proposal that would help bring Canada up to par internationally in the acquisition of new technology and a further proposal that would lead to a national policy on technology. Our national health technology proposal reflects many of the observations that your committee has made.

On the spectrum of care, we like that. The CMA has developed "Scopes of Practice Policy." You may not have that, and if you do not, we will give it to you.

The Chairman: We do not, so that would help us.

Dr. Barrett: Okay, we will give that to you.

It clearly supports a collaborative and cooperative approach, the sort of thing that you have talked about and with which we agree.

We like what you have talked about on Aboriginal health. The Canadian Medical Association has long been calling for a national strategy to deal with what we view to be a national health care crisis in our Aboriginal population. As a physician from Saskatchewan, with our northern First Nations people and their problems, I am acutely aware of that.

We like the Health Care Report Card. As you may know, we issued our first CMA National Report Card on Health Care this summer. If you do not have copies of that, we will give them to you. That sort of assessment and accountability model is critical to assure a sustainable and equitable health care system in Canada.

An area where we think you could use a little more work is the rural and remote practice issue, which I know is a big one with you. The Society of Rural Physicians of Canada has developed a national rural strategy that should be examined in detail by the committee. If you do not have that, we will provide it. Its proposals certainly go well beyond the telehealth solutions that have been proposed by the committee.

In addition, the Canadian Medical Association has developed a rural and remote policy, which was released about a year ago today. There are 28 recommendations that deal with such issues as training, compensation, work, lifestyle support and that sort of thing. It is an excellent document that I would recommend to you as well. If you do not have it, we can provide that for you.

Il y a des aspects que nous aimons et d'autres sur lesquels il faut travailler un peu plus. Quelques éléments nous préoccupent et pourraient, nous le craignons, ne pas être à la hauteur des paramètres dont nous avons parlé. J'insiste toutefois sur le fait que nous avons l'esprit ouvert et que nous serions disposés à envisager n'importe quelle solution. Nous félicitons le comité d'avoir suivi la même démarche.

Nous serions d'accord sur des aspects comme la technologie de la santé, par exemple. Nous avons formulé une proposition détaillée qui aiderait à porter le Canada au niveau international en ce qui a trait à l'acquisition de technologies nouvelles et nous en avons présenté une autre qui déboucherait sur une politique nationale sur la technologie. Notre proposition qui a trait à la technologie de la santé à l'échelle nationale reflète un grand nombre de vos observations.

En ce qui concerne l'éventail des soins, nous sommes d'accord avec vous. L'AMC a adopté une «Politique sur les étendues de la pratique». Vous ne l'avez peut-être pas et si c'est le cas, nous vous la ferons parvenir.

Le président: Nous ne l'avons pas. Elle nous serait donc utile.

Le Dr Barrett: Très bien, nous allons vous la faire parvenir.

La politique appuie clairement une démarche de collaboration et de coopération comme celle dont vous avez parlé et que nous acceptons.

Nous aimons ce que vous avez dit au sujet de la santé des Autochtones. Il y a longtemps que l'Association médicale canadienne préconise une stratégie nationale pour nous attaquer à ce que nous considérons comme une crise nationale des soins de santé dans la population autochtone. J'en suis parfaitement conscient, comme médecin de la Saskatchewan, car je connais nos Premières nations du Nord et leurs problèmes.

Nous aimons bien le Bulletin sur la santé. Comme vous le savez peut-être, nous avons publié cet été notre premier Bulletin national sur les soins de santé. Si vous ne l'avez pas, nous vous le ferons parvenir. Un tel modèle additionnel et d'évaluation joue un rôle crucial lorsqu'il s'agit de garantir au Canada un système de santé viable et équitable.

La question de la pratique en milieu rural et éloigné, à laquelle vous attachez beaucoup d'importance, mérite selon nous un peu plus de travail. La Société de la médecine rurale du Canada a élaboré une stratégie rurale nationale que le comité devrait étudier en détail. Si vous ne l'avez pas, nous vous la ferons parvenir. Les propositions contenues dans la stratégie vont certainement beaucoup plus loin que les solutions de télésanté proposées par le comité.

L'Association médicale canadienne a en outre élaboré une politique sur les soins en milieu rural et éloigné, qu'elle a publiée il y a environ un an aujourd'hui. La politique contient 28 recommandations sur des questions comme la formation, la rémunération, le travail, l'appui au mode de vie, et cetera. C'est un excellent document que je vous recommande aussi. Si vous ne l'avez pas, nous pourrions vous le fournir.

The health human resources issue is one of the biggest issues in Canada right now. There are increasing disparities across the country and that is likely to get worse as the population ages. Without the availability of physicians, talking about access to medical care is fairly meaningless.

We do applaud the HRDC/Health Canada study that was recently announced. The reality is we must have federal leadership in this area, a government that values not only the health care workforce but that is examining renewal of the health care workforce.

I would note that, in this country in the last 10 years, there have been three studies of the federal civil service, but we have not seen anything like that in terms of health human resources in Canada, which is the biggest issue there is today. We must commit to the principle of reasonable self-sufficiency in the production of physicians to meet Canada's needs. You have heard me talk about that before.

In the area of mental health, you should be aware that the Canadian Psychiatric Association has developed a detailed brief on future directions for mental health care in Canada. It is an excellent document and I would recommend that for your consideration. It is truly a very good document.

There are some areas, running through the screening principles and parameters that I talked about, that we would suggest need more work.

Before I get to that, there is one other area that we are working on right now at the Canadian Medical Association that we call tax policy in support of health policy. This is another key area, under the federal financing role, which could use further examination. It involves the use of the tax system to help individuals pay for a range of health care services and should be viewed as a serious option for the federal government. We have undertaken a fairly ambitious review of the available evidence and options and we are working to develop, with Statistics Canada and Health Canada, a detailed tax and benefits incentive analysis by income class and cost of analysis by various options. A thorough review of tax policy, with support of health policy as a goal, may yield alternative funding approaches and might be something you would be interested in. We will certainly provide information on that as it evolves, but it is fairly early in the works at this time.

Medical savings accounts are not necessarily an option for a global method of funding for what we would call "medically necessary" health care. That is open to interpretation, but that would certainly be a major shift in policy in Canada if we went that way. That is not to say that we would not support systems where you could go that way, in the RRSP sense, to support things like long term care or that sort of thing.

We have difficulty with user fees as that applies to acute hospital and medical services, which may not truly involve much choice for most patients. If you are comatose and going to a

La question des ressources humaines en santé constitue actuellement un des enjeux les plus importants au Canada. Les disparités se creusent d'un bout à l'autre du Canada et il est probable qu'elles prendront encore de l'ampleur à mesure que la population vieillira. Sans médecins, il ne sert pas à grand chose de parler d'accès aux soins médicaux.

L'étude de DRHC et de Santé Canada annoncée récemment nous réjouit. En réalité, le gouvernement fédéral doit faire preuve de leadership dans ce domaine et non seulement attacher de la valeur aux effectifs de la santé, mais aussi en étudier le renouvellement.

Depuis 10 ans, il y a eu trois études sur la fonction publique fédérale, mais il n'y en a pas eu au sujet des ressources humaines en santé au Canada, qui constitue l'enjeu le plus important à l'heure actuelle. Nous devons nous engager à appliquer le principe de l'autosuffisance raisonnable dans la formation de médecins afin de répondre aux besoins du Canada. Vous m'avez déjà entendu en parler.

Dans le domaine de la santé mentale, il faut savoir que l'Association des psychiatres du Canada a produit un mémoire détaillé sur les orientations futures des soins de santé mentale au Canada. Je vous recommande de tenir compte de cet excellent document, qui est vraiment très bon.

Il y a quelques aspects des principes et des paramètres de sélection dont j'ai parlé sur lesquels il faudrait travailler davantage, selon nous.

Avant d'aborder la question, il y a un autre domaine sur lequel nous travaillons actuellement à l'Association médicale canadienne, soit celui de la politique fiscale à l'appui de la politique de santé. C'est un autre domaine clé, dans le contexte du financement fédéral, qu'il faudrait examiner plus à fond. Le gouvernement fédéral devrait envisager sérieusement d'utiliser le régime fiscal pour aider les particuliers à payer un éventail de services de santé. Nous avons entrepris une étude assez ambitieuse des données probantes et des options et nous cherchons à établir, en collaboration avec Statistique Canada et Santé Canada, une analyse détaillée des incitations relatives à la fiscalité et aux services selon la catégorie de revenu et une analyse des coûts selon diverses options. Une étude approfondie de la politique fiscale qui viserait à appuyer la politique de santé pourrait produire d'autres modes de financement et pourrait vous intéresser. Nous vous tiendrons certainement au courant à mesure que la situation évoluera, mais les travaux ne font que commencer.

Les comptes d'épargne-santé ne sont pas nécessairement une méthode possible de financement global de ce que nous appellerions les soins de santé «médicalement nécessaires». Cette option peut être interprétée de différentes façons, mais elle représenterait certainement un virage majeur au Canada si nous l'adoptions. Cela ne signifie pas que nous n'appuierions pas des systèmes qui permettraient cette option, un peu comme les REER, pour financer des services comme les soins de longue durée, notamment.

L'application des frais d'utilisation aux services hospitaliers et médicaux de soins actifs, qui pourrait ne pas laisser vraiment beaucoup de choix à la plupart des patients, nous pose un

hospital, it is because you have to be there. When it comes to things outside immediate acute care, everything must be on the table and we are happy to consider anything.

We have difficulty with the tax point transfer. Further transfer of federal tax points in lieu of cash is neither desirable nor "do-able." It would weaken the federal government's already limited powers both morally and economically, particularly when it comes to enforcing the Canada Health Act. It might also result in a greater disparity between the have and have-not provinces.

We believe that CMA, the committee and the federal government should clearly establish its first principles and parameters for change before deciding upon the options for restructuring the system, and we believe that our outline of first principles in management provides a useful tool for doing that.

To conclude my remarks, I re-emphasize that Canadian physicians foresee a need for change. We are ready for change. To reiterate, we agree with the committee's assessment that better management alone will not lead to a sustainable system. We cannot just manage our way out of this. In fact, we are concerned that without significant change, we will very soon lose the underpinning of social and political support for the publicly funded health care system we have in Canada.

However, the focus of change must be on restoring both public confidence and provider morale. We must concentrate on patient care and speak to individuals and their needs rather than just a systems level analysis. We must focus more on the "hows," the processes of change, and not so much on the "whats". We must focus on the health care workers in the system. Without an adequate and renewable health workforce, access to health and medical care will continue to be on the critical list.

We look forward to the next meeting in Ontario.

Dr. Heidi Oetter, President, British Columbia Medical Association: As Dr. Barrett mentioned, I am a family physician. I work in Coquitlam and I am currently the President of the British Columbia Medical Association.

I am pleased to share with you some of the opportunities physicians believe exist for restoring excellence to Canada's health care system.

The BCMA represents the interests of nearly 8,000 physicians across the province and is an advocate for excellence in patient care. The association supports health promotion, physician relations with the community, development of health care policy and negotiates compensation for physicians with the provincial government.

We are hopeful that your final report will deliver a workable blueprint for the needed change to our health care system. There are few who would dispute that our health care system is in crisis

problème. Si l'on transporte à l'hôpital un patient dans le coma, c'est parce qu'il faut le faire. Outre les soins actifs immédiats, il faut tout mettre sur la table et nous nous empressons d'étudier n'importe quelle possibilité.

Le transfert des points d'impôt nous pose des difficultés. Le transfert d'autres points d'impôt fédéraux au lieu d'argent n'est ni souhaitable ni «faisable». Un tel transfert affaiblirait les pouvoirs déjà limités du gouvernement fédéral, sur le plan tant moral qu'économique, surtout lorsqu'il est question d'appliquer la Loi canadienne sur la santé. Il pourrait aussi creuser la disparité entre les provinces nanties et celles qui sont démunies.

Nous sommes d'avis que l'AMC, le comité et le gouvernement fédéral devraient établir clairement les premiers principes et paramètres de changement avant de prendre des décisions sur les façons possibles de restructurer le système. Notre aperçu des premiers principes de gestion constitue un outil utile à cette fin.

En terminant, j'insiste de nouveau sur le fait que les médecins du Canada prévoient un besoin de changement. Nous y sommes prêts. Je répète que nous sommes d'accord avec le comité lorsqu'il affirme qu'une meilleure gestion ne réussira pas à elle seule à rendre le système viable. Nous ne pouvons nous en tirer simplement par la gestion. Sans changements importants, nous craignons en fait de perdre très rapidement l'appui social et politique qui sous-tend le système de santé financé par le Trésor qui est celui du Canada.

Le changement doit toutefois viser avant tout à redonner confiance à la population et à remonter le moral des prestataires. Nous devons concentrer nos efforts sur le soin des patients, nous adresser à la personne et tenir compte de ses besoins au lieu d'analyser uniquement les systèmes. Il faut concentrer davantage notre attention sur les «moyens», les processus de changement et moins sur les «problèmes». Nous devons concentrer notre attention sur les travailleurs de la santé du système. Sans des ressources humaines en santé suffisantes et renouvelables, l'accès aux services de santé et aux soins médicaux demeurera sur la liste critique.

Nous attendons avec impatience la prochaine réunion en Ontario.

La Der Heidi Oetter, présidente, Association médicale de la Colombie-Britannique: Comme l'a dit le Dr Barrett, je suis médecin de famille. Je travaille à Coquitlam et je suis actuellement la présidente de l'Association médicale de la Colombie-Britannique.

Je suis heureuse d'être venue vous faire part de certaines des possibilités qui existent, selon les médecins, de rétablir l'excellence dans le système de santé du Canada.

L'AMCB représente presque 8 000 médecins de la province et préconise l'excellence dans les soins aux patients. L'Association appuie la promotion de la santé, les relations entre les médecins et la collectivité, l'élaboration de politiques sur les soins de santé. Elle négocie aussi la rémunération des médecins avec le gouvernement de la province.

Nous espérons que votre rapport final présentera un plan directeur pratique sur le changement qui s'impose dans le système de santé. Peu de gens contesteront que notre système de santé est

and that it cannot be sustained. Every day, as I see patients, it is clear that we are not meeting the needs of patients in the way that we should and I am increasingly concerned about health care's capacity to allow me and my physician colleagues to meet our obligation of providing the best possible care to those in need.

Some may argue that all that is needed is operational belt tightening. We applaud you for the acknowledgment that the changes are broader and require something more than just tinkering. In our view, what is needed is a reassessment of what medicare means to Canadians. It is time to fundamentally review our vision for publicly funded health care and the associated deliverables that flow from that vision. This goes to the heart of what Canadians want and will support in their medicare system, and this must be the starting point of any meaningful change that will deliver measurable results.

A natural outcome of this first step in re-establishing a vision for medicare must be a scope of coverage review. We must determine what services are and are not covered by the publicly funded system. We also have to determine how Canadians will pay for those services left out of the publicly funded envelope. Again, we agree with your assessment that this scope of service review is needed.

The doctors of B.C. reject any suggestion that additional first dollar coverage can be added within the current Canada Health Act parameters. This stems from our view that it is a fallacy to suggest that sufficient administrative savings can be found within the system to cover the growing costs. While we may all wish for such a very simple solution to the problem, we firmly believe that this is just not the case.

There are numerous ways in which the scope of service can be evaluated. Key to determining which core services should be fully funded by the medicare system is reaching broad public consensus about what the key priorities are. This question has been debated widely amongst health care professionals but is yet to be taken to Canadians in any meaningful way. As an editorial in Vancouver, in this past Sunday's *The Province* said so eloquently, "It's time for citizens and taxpayers to take ownership of this debate."

As you rightly point out in your initial report, the health care system is unduly hampered by the lack of predictable, sustainable funding. In our view, this need is imperative.

We have urged our provincial government to move to a long term planning and funding model that takes health care financing out of the electoral and political funding cycles. We agree that the federal government must provide clarity and certainty to the provinces as that relates to multi-year funding.

en état de crise et qu'il est impossible de le maintenir. Chaque jour, chaque fois que je reçois des patients, il est clair que nous ne répondons pas à leurs besoins comme il le faudrait et je m'inquiète de plus en plus de la capacité du système de santé de nous permettre, à mes collègues médecins et à moi-même, de nous acquitter de notre obligation de dispenser les meilleurs soins possibles à ceux qui en ont besoin.

Certains pourront soutenir que tout ce qu'il faut, c'est se serrer la ceinture sur le plan opérationnel. Nous vous félicitons de reconnaître que les changements sont de plus grande envergure et que le rafistolage ne suffit pas. Ce qu'il faut, selon nous, c'est réévaluer ce que signifie l'assurance-maladie pour la population canadienne. Le moment est venu de revoir fondamentalement notre vision des soins de santé financés par le Trésor et les produits à livrer connexes qui en émanent. Cela va au cœur même de ce que les Canadiens souhaitent et appuieront dans leur système d'assurance-maladie et tout changement réel qui produira des résultats quantifiables doit en émaner.

Cette première étape du rétablissement d'une vision de l'assurance-maladie entraîne naturellement un examen de l'étendue des services assurés. Il faut déterminer les services qui sont couverts par le système public et ceux qui ne le sont pas. Il faut aussi déterminer comment les Canadiens paieront des services exclus de l'enveloppe financée par le Trésor. Là encore, nous sommes d'accord avec vous lorsque vous affirmez que cette analyse de l'étendue des services s'impose.

Les médecins de la Colombie-Britannique rejettent toute intervention qui laisse entendre qu'il est possible d'ajouter des services assurés entièrement dans le contexte des paramètres actuels de la Loi canadienne sur la santé parce qu'il est trompeur de laisser entendre qu'il est possible de réduire suffisamment les frais d'administration du système pour couvrir l'augmentation des coûts. Nous souhaitons peut-être tous que la solution du problème soit aussi simple, mais nous sommes convaincus que ce n'est tout simplement pas le cas.

Il y a de nombreuses façons d'évaluer l'étendue des services. Pour déterminer les services essentiels que le système d'assurance-maladie devrait financer intégralement, la clé consiste à dégager un consensus public général sur les grandes priorités. La question a soulevé des débats d'envergure chez les professionnels de la santé, mais on ne l'a pas encore vraiment soumise aux Canadiens. Comme on le disait à Vancouver de façon si éloquente dans un éditorial publié dans l'édition de dimanche dernier du journal *The Province*, «le moment est venu pour la population et les contribuables de prendre le contrôle du débat.»

Comme vous le signalez avec raison dans votre premier rapport, le manque de financement durable et prévisible entrave indûment le système de santé. Le besoin est impératif, selon nous.

Nous avons exhorté le gouvernement de notre province à adopter un modèle de planification et de financement à long terme qui sort le financement des soins de santé des cycles électoraux et politiques. Nous reconnaissons que le gouvernement fédéral doit assurer aux provinces un financement pluriannuel clair et certain.

In keeping with the need to stabilize public sector funding of health care, we believe there is a need to evaluate the opportunities for Canadians for alternative funding sources. Canadians already pay for portions of their health care needs. Whether this be through co-payments for some allied health services, partial payment for prescription medicines or long term care costs, the reality is that individual Canadians are absorbing these costs and will continue to do so. What we believe is needed is an acknowledgment that these out-of-pocket costs are, and will continue to be, a reality and that tax related measures should be provided to offset these expenditures. We further support the study concerning the establishment of a health savings plan, similar to an RRSP, as part of the tax incentive package.

On the general issue of primary care reform, much good work has been done in this area. This is a subject that has attracted considerable interest and has been a focus of many studies and debates.

B.C. doctors support the pursuit of quality through more effective integration and coordination of care. In fact, we are already working on practical models that will deliver this goal where there is a clear leader who can be held accountable for the team's decisions.

However, we caution the committee that primary care reform is not well supported by the Canadian public, notwithstanding the fervour of policy advisors and provincial, territorial and federal governments on this subject. As Dr. Barrett already alluded to, and as a recent CMA poll has demonstrated, the vast majority of people report good primary care experience. That is certainly not where they report their increasing concerns with respect to acceptable access to care.

Furthermore, primary care reform is not a panacea for the sustainability problem. While the models that have been piloted to date may arguably provide better overall quality of care, there is no evidence that these models have reduced costs or are generally applicable to the entire health care system.

In my own region of Simon Fraser, pilot projects have been initiated and our experience shows that the quality of patient care can be improved, but this is done at an increased cost to the system.

Your report suggests that a change in physician compensation from fee-for-service to capitation would substantially reduce costs to the publicly funded system. We have no objection that there should be a plurality of compensation models to meet patient and physician needs. However, we contest the assertion that physicians over-serve patients for financial gain under the current fee-for-service model. There is no evidence to support this.

It is true that under fee-for-service there is a financial incentive to provide service. Under capitation, the opposite is true. There the financial incentive is to reduce service. Financial incentives

Comme il faut stabiliser le financement des soins de santé par le secteur public, il faut évaluer les possibilités pour les Canadiens de trouver d'autres sources de financement. Les Canadiens paient déjà pour satisfaire à certains de leurs besoins en soins de santé. Que l'on parle de copaiement de certains services paramédicaux, de paiement partiel de médicaments d'ordonnance ou des coûts des soins de longue durée, en réalité, chaque Canadien absorbe ces coûts et continuera de le faire. Il faut selon nous reconnaître que ces dépenses directes sont une réalité et le demeureront et qu'il faut prévoir des mesures fiscales pour les compenser. Nous appuyons de plus l'étude qui porte sur l'établissement de régimes d'épargne-santé semblables à un REER comme élément des mesures d'incitation fiscale.

En ce qui concerne la question générale de la réforme des soins primaires, il s'est fait beaucoup de bon de travail dans ce domaine. La question a suscité énormément d'intérêt et a fait l'objet de beaucoup d'études et de débats.

Les médecins de la Colombie-Britannique appuient la recherche de la qualité par une intégration et une coordination plus efficaces des soins. En fait, nous travaillons déjà à des modèles pratiques qui permettront d'atteindre ce but là où il y a un chef de file clair qui peut être tenu responsable des décisions de l'équipe.

Nous prévenons toutefois le comité que la population canadienne n'appuie pas à fond la réforme des soins primaires, nonobstant la ferveur manifestée par les conseillers politiques et les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral à ce sujet. Comme le Dr. Barrett y a déjà fait allusion et comme l'a démontré un sondage récent de l'AMC, la grande majorité de la population affirme avoir une bonne expérience des soins primaires. Ce n'est certainement pas cet aspect qui préoccupe de plus en plus les gens lorsqu'il est question d'accès acceptable aux soins.

De plus, la réforme des soins primaires n'est pas une panacée au problème de la viabilité. Même si l'on peut soutenir que les modèles qui ont fait l'objet de projets pilotes jusqu'à maintenant dispensent des soins dont la qualité globale est meilleure, rien ne démontre qu'ils ont réduit les coûts ou qu'il est possible de les généraliser à tout le système de santé.

Dans ma propre région de Simon Fraser, on a lancé des projets pilotes et notre expérience révèle qu'il est possible d'améliorer la qualité des soins aux patients, mais qu'il en coûte plus cher au système.

Vous laissez entendre dans votre rapport que si l'on remplaçait la rémunération à l'acte des médecins par la capitation, cela réduirait considérablement les coûts pour le système financé par le secteur public. Nous reconnaissons qu'il devrait y avoir un éventail de modes de rémunération afin de répondre aux besoins des patients et des médecins. Nous ne sommes toutefois pas d'accord avec ceux qui affirment que des médecins dispensent à leurs patients des services excessifs pour en tirer des avantages financiers dans le modèle en vigueur de rémunération à l'acte. Rien ne prouve leurs affirmations.

Il est vrai qu'un régime de rémunération à l'acte incite financièrement à dispenser des services. Dans un régime de capitation, c'est le contraire. Le régime incite financièrement à

are, however, only a minor consideration in the decision to provide service.

Even in the remote case that financial incentives were a dominant consideration, one cannot argue that an incentive to over-service would not be replaced with one to under-service if capitation were introduced. From a patient's perspective, we believe that most people would prefer a system where doctors have the incentive to provide, not withhold patient care.

No payment modality has superiority over another. Different payment models appeal to different practitioners and primary care renewal can occur under any payment modality. As we face increasing physician shortages, let us concentrate on the end and less on the means of capitation.

In conclusion, the BCMA applauds the committee's efforts to promote systemic change. To be effective, these changes must be practical and designed to embrace patient confidence and improve provider morale. If the system is to be reformed, Canadians must be assured that decisions are made objectively and focus on patient care as the primary goal.

The fact is that we do not enjoy a health care system where patient needs dictate the allocation of resources and financial requirements. Instead, our health care system first sets financial constraints from which resource allocation and patient care decisions are expected to flow. We need a system that provides a better balance between these two extremes.

Thank you for the opportunity to make this presentation. My colleagues and I will be very pleased to answer any questions that you have.

The Chairman: In your section on physician as agent of the patient, your last sentence says:

Any option that puts physicians in the position of being an agent to the payer should be seen as "out of bounds."

Can you enlarge on what you mean as "agent to the payer?" I do not follow that.

Dr. Barrett: We feel that what we should be doing is what is right for the patient, and too often lately we have been told that we should be cutting costs. If that is to happen at the expense of the patient, that puts us in a very difficult position. That is not what we are trained to do and that is not what we are about. We are there for the patient.

The Chairman: Have the provincial governments told you that? That is not a policy issue.

Dr. Barrett: Provincial governments, hospitals — with the downsizing and financial cuts for the 1990s, physicians have been put under tremendous pressure. There are no beds. We cannot get patients into beds. We are told that we are the problem. One of the reasons physicians have been anxious about change in the past is we have frequently been the victims of change. We are the ones stuck with patients in our offices for whom there are no beds. We

réduire les services. Les incitations financières jouent toutefois un rôle mineur seulement dans la décision de dispenser un service.

Même au cas peu probable où des incitations financières constituent un facteur dominant, on ne peut soutenir que la mise en œuvre de la capitation ne remplacerait pas une incitation à fournir des services excessifs par une incitation à ne pas en dispenser suffisamment. Pour le patient, la plupart des gens préféreraient un système qui incite les médecins à dispenser des soins, et non le contraire.

Il n'y a pas de mode de rémunération meilleur qu'un autre. Des modes de rémunération différents intéressent des praticiens différents et le renouvellement des soins primaires est possible dans n'importe quel contexte de rémunération. Face aux pénuries croissantes de médecins, concentrons notre attention sur la fin visée par la capitation plutôt que sur les moyens de l'appliquer.

En terminant, l'AMCB félicite le comité des efforts qu'il déploie pour promouvoir le changement dans le système. Pour être efficaces, ces changements doivent être pratiques et viser à donner confiance aux patients et à rehausser le moral des prestataires. Si l'on veut réformer le système, il faut garantir à la population canadienne que les décisions sont objectives et visent avant tout les soins dispensés aux patients.

Dans notre système de santé, ce ne sont pas en réalité les besoins des patients qui déterminent la répartition des ressources et les besoins financiers. Notre système de santé commence plutôt par établir les contraintes financières dont devraient découler les décisions relatives à la répartition des ressources et au soin des patients. Nous avons besoin d'un système qui établit un meilleur équilibre entre ces deux extrêmes.

Je vous remercie de nous avoir permis de présenter ces exposés. Mes collègues et moi-même serons très heureux de répondre à vos questions.

Le président: Dans la partie de votre mémoire qui porte sur le médecin en tant que mandataire du patient, vous dites, dans votre dernière phrase:

Il faut considérer comme «exclue» toute option qui ferait du médecin un mandataire du payeur.

Pouvez-vous préciser ce que vous voulez dire par «mandataire du payeur»? Je ne vous suis pas.

Le Dr Barrett: Il faut faire ce qui convient pour le patient et l'on nous dit trop souvent depuis quelque temps qu'il faut réduire les coûts. S'il faut le faire au détriment du patient, cela nous place dans une situation très difficile. Ce n'est pas ce que nous avons appris à faire et ce n'est pas notre rôle. Nous sommes là pour les patients.

Le président: Les gouvernements provinciaux vous ont-ils dit cela? Ce n'est pas une question de politique.

Le Dr Barrett: Les gouvernements provinciaux, les hôpitaux — la décroissance et les compressions budgétaires des années 90 imposent des pressions énormes aux médecins. Il n'y a pas de lits. Nous ne pouvons trouver de lits pour nos patients. On nous dit que le problème, c'est nous. Une des raisons pour lesquelles le changement a inquiété les médecins dans le passé, c'est que nous en avons souvent été victimes. C'est nous qui

feel that our role in this system is, first and foremost, to advocate for the patient.

The Chairman: I now understand you.

Senator St. Germain: Yesterday your namesake was here, Dave Barrett, and he said there are no waiting lists.

Dr. Barrett: I could give him a list of names if confidentiality were not an issue. I do not know what he is talking about. People regularly wait a year or two years for hip replacements in this country. There is a waiting list. In fact, we have a fine cooperative effort in Western Canada called the Western Canada Waiting List Project, which is a cooperative effort between governments, physicians and others. It was created to deal with exactly that problem.

Senator St. Germain: Is there any way that there could be any credibility to his statements? He is representing the 10 —

The Chairman: Just in fairness, far be it for me to defend Dave Barrett, who is more than capable of defending himself in British Columbia, but he did not say that there was no waiting list. What he said was that, in effect — and we can get the exact quote here — that the waiting list issue was not nearly as big an issue as it is publicly perceived to be. I think that is what he said.

Senator St. Germain: I think he went further than that, but that is fine.

Dr. Barrett: Let me take you back to the old accountability issue then. I am the one who sits across the table from the patient — after the patient has poured out his or her heart to me — and explains how long it will take for him or her to receive treatment. Patients know there is a waiting list problem. I know there is a waiting list problem. The difficulty is that a lot of the policymakers and people higher up in the system never have to sit across the table from the patient. They do not receive the phone calls. I am on the phone every day, at least four or five times, explaining to people, “Yes, I understand the problem. I am afraid you are still not going to get in for another year.” That is a terrible position for a physician to be in, because after a while, you start to think the patient believes we do not care, and that is just awful.

The Chairman: The reason is that there is a rationing in the system. The rationing is the consequence of budgetary allocations and you are the person left with delivering the message that the system is rationed.

Dr. Barrett: Exactly

The Chairman: Dr. Oetter.

Dr. Oetter: I will describe a very recent experience to demonstrate that we do not have the capacity at the front end to meet the needs. I had a patient who had the unfortunate experience of suffering not only appendicitis, but a ruptured appendix. After waiting an hour and a half for the ambulance to respond, he then waited for five hours in a chair outside the emergency department before he could even get triaged to be seen

sommes pris à nos bureaux avec des patients pour lesquels il n’y a pas de lits. Notre rôle dans le système consiste d’abord et avant tout à défendre le patient.

Le président: Je vous comprends maintenant.

Le sénateur St. Germain: Votre homonyme, Dave Barrett, est venu témoigner hier et il a déclaré qu’il n’y a pas de listes d’attente.

Le Dr Barrett: Je pourrais lui remettre une liste de noms si ce n’était de protéger la vie privée. Je ne sais pas de quoi il parle. La période d’attente pour une arthroplastie de la hanche est couramment d’un an ou deux au Canada. Il y a une liste d’attente. Nous avons en fait lancé le Projet sur les listes d’attente dans l’ouest du Canada, qui représente un excellent effort de collaboration entre les gouvernements, les médecins et d’autres intervenants. Le projet vise à régler exactement ce problème.

Le sénateur St. Germain: Ses propos pourraient-ils avoir la moindre crédibilité? Il représente les 10...

Le président: Je suis loin de vouloir défendre Dave Barrett, qui est très capable de le faire lui-même en Colombie-Britannique, mais pour être juste, il n’a pas dit qu’il n’y avait pas de liste d’attente. Ce qu’il a dit, c’est qu’en réalité — et nous pouvons obtenir la citation exacte — le problème des listes d’attente n’est pas aussi grave que le pense la population. Je crois que c’est ce qu’il a dit.

Le sénateur St. Germain: Je pense qu’il est allé plus loin, mais c’est très bien.

Le Dr Barrett: Permettez-moi de vous ramener alors au vieux problème de l’obligation de rendre compte. C’est moi qui dois faire face au patient — après qu’il s’est vidé le cœur — et lui expliquer pendant combien de temps il devra attendre pour recevoir son traitement. Les patients savent qu’il y a un problème de liste d’attente. Je le sais aussi. Le problème, c’est que beaucoup de responsables des politiques et de personnes qui se trouvent aux niveaux plus élevés dans le système n’ont jamais à faire face au patient. Ils ne reçoivent pas d’appels téléphoniques. Je réponds au téléphone tous les jours au moins quatre ou cinq fois pour expliquer aux gens: «Oui, je comprends le problème. J’ai bien peur qu’il vous faudra attendre encore un an.» C’est terrible pour un médecin parce qu’après un certain temps, nous commençons à croire que le patient pense que nous nous en fichons, ce qui est tout simplement terrible.

Le président: C’est à cause du rationnement dans le système. Le rationnement découle des affectations budgétaires et c’est à vous qu’il incombe de le faire savoir.

Le Dr Barrett: En effet.

Le président: Docteur Oetter.

La Dre Oetter: Je vais vous décrire une expérience très récente pour vous démontrer que nous n’avons pas, aux premières lignes, la capacité de répondre aux besoins. J’avais un patient qui avait malheureusement non seulement une appendicite, mais un appendice rupturé. Après avoir attendu l’ambulance pendant une heure et demie, il a dû passer cinq heures sur une chaise à l’extérieur du service d’urgence, avant de passer au triage pour

in the emergency department. Those are the very real experiences that Dr. Barrett and I experience every day.

The Chairman: Dr. Barrett, could I just ask you two other short questions and then turn to Senator Keon?

This is a factual thing. On your tax policy study, which, as I understand it from your description here, is really examining an issue that we had raised: Are there ways of designing incentives for patients that do not stop people who need the system from using the system, but nevertheless work as incentives to use the system responsibly? You are suggesting that the CMA is undertaking, or is about to launch a tax policy study?

Dr. Barrett: Yes.

The Chairman: The study reveals how the tax system could be used to provide those incentives. Is that correct?

Dr. Barrett: Right. The tax policy in this country, with regard to health care, has not been reviewed in many years.

The Chairman: Right.

Dr. Barrett: This is the time to do that, now that we are examining how to modernize the system.

The Chairman: That is totally consistent with our view that we must consider ways of providing incentives.

Let me ask you a question, which is probably a little more difficult. I agree wholeheartedly with your notion that patients should always have the right to choose their doctor. Would you extend that concept to the institutions in which treatment will be provided? In other words, let us suppose that you had separated the payer — there is still a single payer, which is government — from the providers or the institutions as is happening increasingly in social democracies in Europe, where, in countries that have universal plans, there is nevertheless an element of choice or, if you like, competition among institutions. Would you have difficulty with that concept?

Dr. Barrett: The problem now with competition among institutions is the problem that we have with the health human resources issue. We do not have enough people to consider that. We do not have enough people for the hospitals or institutions that we have. Maybe I am misinterpreting. Are you talking about a parallel system?

The Chairman: I am not talking a parallel system as in public/private. Let me give you a concrete example. In Sweden, essentially there is a completely government funded program, but instead of a global budget going to the hospital, the budget goes to the patient. If Hospital A or Hospital B performs a hip replacement, the hospital is paid by the government so that the patient does not suffer, but the patient has a choice of which hospital he or she goes to. Sweden's experience has been that has led to a significant decline in waiting lines as hospitals become more efficient to ensure that they continue to get a reasonable number of patients. The inefficient hospitals drop by the boards.

qu'on l'accueille au service d'urgence. Ce sont là les expériences très réelles que le Dr Barrett et moi-même vivons tous les jours.

Le président: Docteur Barrett, je vais vous poser deux autres questions et passer ensuite au sénateur Keon.

La situation est réelle. Si je comprends bien votre description ici, votre étude sur la politique fiscale porte en réalité sur une question que nous avons soulevée, à savoir s'il y a des moyens de concevoir, à l'intention des patients, des incitations qui n'empêchent pas les gens qui ont besoin du système d'y avoir recours, mais qui incitent néanmoins à l'utiliser de façon responsable? Vous dites que l'AMC entreprend une étude sur la politique fiscale ou qu'elle est sur le point de le faire.

Le Dr Barrett: Oui.

Le président: L'étude révèle comment on pourrait utiliser le régime fiscal pour offrir ces incitations. Est-ce exact?

Le Dr Barrett: Oui. En ce qui concerne les soins de santé, il y a des années qu'on n'a pas examiné la politique fiscale au Canada.

Le président: En effet.

Le Dr Barrett: Le moment est venu de le faire, maintenant que nous cherchons des moyens de moderniser le système.

Le président: Cela correspond tout à fait à ce que nous disons lorsque nous affirmons qu'il faut envisager des moyens d'offrir des incitations.

Permettez-moi de vous poser une question, probablement un peu plus difficile. Vous affirmez que le patient devrait toujours avoir le droit de choisir son médecin, et je suis entièrement d'accord avec vous. Iriez-vous jusqu'à dire qu'il devrait choisir aussi l'établissement de traitement? Autrement dit, supposons que l'on a séparé le payeur — il y a encore un payeur unique, qui est le gouvernement — des prestataires ou des établissements, comme cela se fait de plus en plus dans les démocraties sociales de l'Europe où, dans les pays qui ont des régimes universels, il y a néanmoins un élément de choix ou ce qu'on pourrait qualifier de concurrence entre les établissements. Ce concept vous poserait-il des problèmes?

Le Dr Barrett: Le problème que pose actuellement la concurrence entre les établissements, c'est celui des ressources humaines en santé. Nous n'en avons pas assez pour envisager cette possibilité. Nous n'en avons pas assez pour les hôpitaux ou les établissements actuels. Je me trompe peut-être. Voulez-vous parler d'un système parallèle?

Le président: Je ne parle pas de système parallèle comme dans un système public/privé. Permettez-moi de vous donner un exemple concret. En Suède, le programme est essentiellement financé intégralement par le gouvernement qui, au lieu d'affecter un budget global à l'hôpital, affecte le budget au patient. Si l'hôpital A ou l'hôpital B effectue une arthroplastie de la hanche, le gouvernement paye l'hôpital afin que le patient n'en souffre pas, mais celui-ci peut choisir l'hôpital où il subira l'intervention chirurgicale. L'expérience de la Suède démontre que les files d'attente diminuent considérablement à mesure que les hôpitaux deviennent plus efficaces pour continuer d'accueillir un nombre raisonnable de patients. Les hôpitaux inefficaces disparaissent.

So, my question is have you guys examined that? Dr. Oetter will help you out for a moment. Dr. Oetter, why do you not go first? That is the concept. I point out that it has absolutely nothing to do with public/private.

Dr. Barrett: We have no problem with choice.

The Chairman: In the European examples, the hospitals to which I refer are all owned by the public sector, but these public sector institutions compete.

Dr. Oetter: The only experience I can bring to you from British Columbia is the regionalization process that has gone on here. We just do not have the capacity to meet the needs of what people require today, and when the regions start to compete with each other around the human resource issue, communities are, in a sense, stealing pediatricians from one another.

The Chairman: That is as you steal them from other provinces.

Dr. Oetter: There is that, too, but we have a very real problem.

The Chairman: Sorry, as a Maritimer, I could not resist that, Dr. Oetter.

Dr. Oetter: Yes, yes. It has not worked out particularly well because the regions compete with each other to the detriment of the system, not to the betterment of the system. We do not have enough excess capacity to really foresee that sort of competition providing a tangible result.

Dr. Arun Garg, Chair, Council on Health Policy and Economics, Canadian Medical Association: In terms of internal competition, in most of the work we have done, clearly, we support further studies and we also support that should be done to determine where you can bring better access with internal competition within a single payer model.

The Chairman: Right. To do so within a single payer model, to the extent there is more competition, is a good thing. I share your view. I just put that forward as a concept, not as something we have any details on. Given the work you have done, have you, in your BCMA hat, done work on that issue that you can, at some point, share with us? I will leave that with you as a thought and, Darrell, you can let us know later.

Senator Keon: Thank you very much for coming back, Dr. Barrett, and thank you, Dr. Oetter. Both your presentations were concise, thoughtful and far reaching. You have obviously put a great deal of time into the preparation of your ideas and I would encourage you to continue.

Dr. Barrett, on your role, as an individual in the CMA and as a patient advocate, one of the huge problems, I believe, that that has existed in Canada for the last 20 or 25 years is a lack of involvement of the medical profession in health care policy and planning. Consequently, there are times when we have to try to straddle our responsibilities to both camps. In my whole

Ma question est donc la suivante: Avez-vous étudié cet aspect? La Dre Oetter vous aidera un instant. Docteur Oetter, pourquoi ne pas prendre la parole la première? C'est là le concept. Je signale que cela n'a absolument rien à voir avec un système public/privé.

Le Dr Barrett: Le choix ne nous pose aucun problème.

Le président: Dans les exemples de l'Europe, les hôpitaux dont je parle appartiennent tous au secteur public, mais ils se font concurrence.

La Dre Oetter: La seule expérience de la Colombie-Britannique que je peux vous mentionner, c'est le processus de régionalisation qui s'y est déroulé. Nous n'avons tout simplement pas la capacité de répondre aux besoins actuels de la population et lorsque les régions commencent à se faire concurrence pour s'arracher des ressources humaines, les collectivités se trouvent en un sens à s'arracher des pédiatres l'une à l'autre.

Le président: C'est-à-dire que vous les volez à d'autres provinces.

La Dre Oetter: Il y a cela aussi, mais nous avons un problème très réel.

Le président: Désolé, docteur Oetter. Comme Maritimois, je n'ai pu résister.

La Dre Oetter: Bien entendu. Les résultats ne sont pas particulièrement brillants parce que les régions se font concurrence au détriment du système et non pour l'améliorer. Nous n'avons pas suffisamment de capacité excédentaire pour prévoir qu'une telle concurrence produira des résultats tangibles.

Le Dr Arun Garg, président, Conseil de la politique et de l'économie de la santé, Association médicale canadienne: Pour ce qui est de la concurrence intérieure, la majeure partie du travail que nous avons effectué démontre clairement que nous appuyons la réalisation d'autres études et ce qu'il faudrait faire pour déterminer où il est possible d'améliorer l'accès par la concurrence intérieure, dans le contexte d'un modèle à payeur unique.

Le président: C'est exact. Le faire dans le contexte d'un modèle à payeur unique, dans la mesure où la concurrence est plus vive, c'est une bonne chose. Je suis d'accord avec vous. C'est simplement un concept que je propose, car nous n'avons pas de détails à ce sujet. Compte tenu du travail que vous avez effectué, l'AMCB a-t-elle déjà fait à ce sujet des travaux dont vous pourrez nous faire part à un moment donné? Je vous laisse sur cette pensée et, Darrell, vous pourrez nous répondre plus tard.

Le sénateur Keon: Merci beaucoup d'être revenu, docteur Barrett, et merci, docteur Oetter. Vos deux exposés étaient brefs, réfléchis et de portée considérable. Il est évident que vous avez consacré beaucoup de temps à la présentation de vos idées et je vous encourage à continuer.

Docteur Barrett, au sujet de votre rôle personnel à l'AMC et de défenseur des patients, la non-participation de la profession médicale à l'élaboration des politiques et à la planification dans le secteur de la santé constitue à mon avis un des problèmes énormes qui existent au Canada depuis 20 ou 25 ans. Nous avons donc dû parfois essayer de nous acquitter de nos responsabilités des deux

professional career I functioned as a CEO and as a practitioner. Sometimes there is conflict in decisions, but without being involved in both areas, we cannot make the contribution we must make. Society is very dependent on the intellectual wealth of the medical profession for that contribution. I would like you to comment on that first, and maybe, Dr. Oetter, you would follow.

Dr. Barrett: I agree. I truly believe that one of the problems that we have had lately is that we have not had grassroots involvement, in terms of the people on the front — the doctors and nurses who are actually there and have to make this system work. They have not been involved in the decision making and, in fact, we have been deliberately excluded.

Everybody goes nuts when you talk about a doctor becoming a health minister. We hear all kinds of things about conflict of interest, et cetera. The justice minister is, invariably, a lawyer. The education minister usually comes from an education background, and yet, through the history of the health care system, there have been very few physicians, particularly over the last 10, 20 years, involved at that level. I truly believe that is why we have some of our problems. I do not want to go over the spilled milk of the past, but where is the accountability for a number of the decisions that have been made, which, in a way, have created the mess we have? If physicians or patients, key stakeholders, as Dr. Oetter mentioned, had been involved we would not have taken some of the directions we have taken.

Senator Keon: Do you see a conflict, for example, with yourself being heavily involved in policy?

Dr. Barrett: No.

Senator Keon: Do you feel that you can still be an advocate for the individual patient who sits opposite you?

Dr. Barrett: The reason I am here — and I am sure Heidi will tell you the same thing — is that I am an advocate for the patient and an advocate for what has been one of the best health care systems in the world. It is having trouble now and it is time to fix it. This is not easy. Dr. Oetter will you tell you how late she was up last night looking after patients. This morning she is here doing her second job. I want to emphasize that we are both practicing physicians. This is not a full-time job that we take on in physician leadership. We do this because we both believe that things can be better and we want to make them better for our patients and our families and our communities, for people who will need the system at some point. Canadians have concern that the system will be there for them when they need it.

Dr. Oetter: I would echo Peter's comments that there has certainly been a disconnect between the policy planners and physicians. Certainly our previous experience with the NDP government's two terms was one of very deliberate exclusion of physicians in any kind of policy decision making, whether that was at the provincial level or at the regional health board level. Where there was physician involvement, rather than seeking people who were elected by their peers to represent physicians'

côtés de la clôture. Pendant toute ma carrière professionnelle, j'ai été chef de la direction et praticien. Des décisions entrent parfois en conflit, mais si nous n'intervenons pas dans les deux domaines, nous ne pouvons apporter la contribution qui s'impose. La société est très tributaire de la richesse intellectuelle de la profession médicale à cet égard. J'aimerais entendre ce que vous avez à dire à ce sujet et vous pourriez ensuite prendre la relève, docteur Oetter.

Le Dr Barrett: Je suis d'accord avec vous. Je suis persuadé qu'un des problèmes que nous avons depuis quelque temps, c'est le manque de participation locale de ceux qui sont aux premières lignes — les médecins et les infirmières qui sont sur les lieux et doivent faire fonctionner le système. Ils n'ont pas participé à la prise de décision, dont on nous a en fait exclus délibérément.

Lorsqu'il est question qu'un médecin devienne ministre de la Santé, c'est le tollé général. Nous entendons toutes sortes de choses au sujet des conflits d'intérêts, et cetera. Le ministre de la Justice est inévitablement avocat. Le ministre de l'Éducation provient habituellement du milieu et pendant toute l'histoire du système de santé, très peu de médecins ont été nommés à la Santé, et en particulier depuis 10 ou 20 ans. Je suis convaincu que c'est pourquoi nous avons certains de nos problèmes. Je ne veux pas revenir sur le passé, mais qui doit rendre compte de certaines des décisions prises qui sont d'une façon ou d'une autre à l'origine du pétrin actuel? Si, comme l'a dit la Dre Oetter, les intervenants clés que sont les médecins et les patients avaient participé à la prise des décisions, nous n'aurions pas suivi certaines des orientations que nous avons prises.

Le sénateur Keon: Croyez-vous qu'il y aurait conflit, par exemple, si vous participiez à fond à l'élaboration de politiques?

Le Dr Barrett: Non.

Le sénateur Keon: Pensez-vous pouvoir quand même défendre les intérêts du patient assis devant vous?

Le Dr Barrett: Si je suis ici — et je suis persuadé qu'Heidi vous dira la même chose — c'est parce que je défends le patient et un système de santé qui a été un des meilleurs au monde. Le système est en difficulté et le moment est venu de le réparer. Ce n'est pas facile. La Dre Oetter vous dira jusqu'à quelle heure tardive elle a travaillé hier soir pour s'occuper de patients. Ce matin, elle coiffe son deuxième chapeau. J'insiste sur le fait que nous sommes tous deux médecins actifs. La direction de la profession médicale, ce n'est pas un travail à plein temps pour nous. Nous participons parce que nous croyons tous deux qu'il est possible d'améliorer la situation et que nous voulons le faire pour nos patients, nos familles et nos collectivités, pour ceux qui auront besoin du système un jour. Les Canadiens craignent que le système ne sera pas là pour eux lorsqu'ils en auront besoin.

La Dre Oetter: Je suis d'accord avec Peter lorsqu'il affirme qu'il y a certainement eu rupture entre les responsables des politiques et les médecins. L'expérience que nous avons déjà connue avec les deux mandats du gouvernement néo-démocrate a certainement consisté à exclure de propos très délibéré les médecins de toute décision stratégique, que ce soit au niveau de la province ou à celui de la régie régionale de la santé. Lorsque les médecins ont participé, au lieu de chercher à mobiliser des gens

interests, the government hand-picked certain physicians who often were not really part of that medical community. We have instances where hospitals have been built to meet political needs and in no way reflect manpower requirements or what the true access-to-care pressures are.

It is time to bring the front line workers to the table. They do represent the interests of their patients, they are advocates for the system change that we need. At the end of the day, if we do not have solutions that improve access to care for our patients, reform of the health care system will be a non-starter.

Senator Keon: This is a fascinating subject. Over the years, I have frequently sat in a crowded room where I was the only doctor talking about health policy and the other people in the room were firm believers that you could not contain costs without getting doctors out of the policy making forum. They always tagged that to fee-for-service medicine and that this was an endless, bottomless pit that kept putting more and more demands on the system.

There is a lot of anecdotal evidence in the U.S. now with the HMOs that the reverse is true when you move to rostering or another remuneration system that encourages doctors not to see patients and not to order any extra tests unless they really have to. Some of the HMOs are losing clientele because patients are unhappy that they are not getting the same care as patients down the street who are going to doctors on a fee-for-service system of remuneration.

Would both of you talk about that?

Dr. Oetter: I would love to start. Certainly, the health care cultures of Canada and the United States are such that they are not necessarily applicable one to the other. The United States is the only place in the world at the primary care level — and I will let Peter speak about specialty care level in terms of capitation or global funding — that pays primary care physicians capitation at 100 per cent. Anywhere else in the world capitation is anywhere between 35 and 65 per cent of doctors' remuneration. They also do fee-for-service. They do salary. It is always mixed funding. Why? In the United States, on capitation, where you have an insurance program that signs up a type of person — and it does not take all comers, which is quite different from the Canadian context — they have the flexibility to do that.

Because people are walking away from those systems is not evidence that doctors being paid differently has anything to do with it. People are voting with their feet. They are choosing to go where they perceive the quality of care and access to be better. At the end of the day, as I said, we are welcoming to a plurality of models of paying doctors. That is not the issue. The end has to be improving access to quality care for those most in need. The myths around paying physicians 100 per cent capitation are not applicable, nor do they have the same level of evidence that we can observe in the United States for a whole variety of reasons. You really must examine the U.K. and other European nations around on what they do with capitation, which is not the predominant payment model.

élus par leurs pairs pour défendre les intérêts des médecins, le gouvernement a choisi certains médecins qui, souvent, ne faisaient pas vraiment partie de la collectivité médicale. Pour répondre à des besoins politiques, on a déjà construit des hôpitaux sans tenir nullement compte des besoins en main-d'œuvre ou des pressions réelles à l'égard de l'accès aux soins.

C'est le temps d'amener à la table les travailleurs des premières lignes qui défendent les intérêts de leurs patients et préconisent le changement qui s'impose dans le système. En fin de compte, si nous n'avons pas de solutions qui améliorent l'accès aux soins pour nos patients, la réforme du système de santé sera mort-née.

Le sénateur Keon: Le sujet est fascinant. Au fil des ans, je me suis souvent retrouvé dans une salle bondée où j'étais le seul médecin à parler de politique de santé et où les autres personnes présentes étaient convaincues qu'il était impossible de contrôler les coûts sans exclure les médecins de l'élaboration des politiques. On a toujours relié le problème à la médecine rémunérée à l'acte en affirmant qu'il s'agissait d'un trou noir qui exigeait toujours de plus en plus du système.

Il y a maintenant aux États-Unis beaucoup de données anecdotiques provenant des OSSI qui indiquent que l'inverse est vrai lorsqu'on adopte un système d'inscription ou un autre mode de rémunération qui encourage les médecins à ne pas recevoir de patients et à ne pas prescrire d'examen supplémentaires à moins d'avoir vraiment à le faire. Certaines des OSSI perdent des clients parce que les patients sont mécontents de ne pas recevoir les mêmes soins que leurs voisins qui s'adressent à des médecins rémunérés à l'acte.

Avez-vous tous deux des commentaires à ce sujet?

La Dre Oetter: J'aimerais bien commencer. Les cultures des soins de santé du Canada et des États-Unis sont telles qu'elles ne sont pas nécessairement compatibles. Les États-Unis sont le seul endroit au monde, au niveau des soins primaires — et je laisserai Peter parler des soins spécialisés et de la capitation ou du financement global — où la capitation constitue la rémunération totale des médecins de premier recours. N'importe où ailleurs dans le monde, la capitation représente de 35 à 65 p. 100 de la rémunération des médecins, qui sont aussi rémunérés à l'acte et salariés. Il y a toujours financement mixte. Pourquoi? Aux États-Unis, en ce qui concerne la capitation, lorsqu'une personne s'inscrit à un programme d'assurance — qui n'accepte pas tous les requérants, ce qui est très différent du contexte canadien — les médecins ont cette flexibilité.

Le fait que des gens abandonnent ces systèmes ne démontre pas que les médecins rémunérés différemment aient quoi que ce soit à y voir. Les gens votent avec leurs pieds. Ils choisissent de s'adresser là où ils croient que la qualité des soins et l'accès sont meilleurs. Tout compte fait, comme je l'ai dit, nous accueillons avec plaisir un éventail de modes de rémunération des médecins. Là n'est pas la question. Il faut viser à améliorer l'accès à des soins de qualité pour ceux qui en ont le plus besoin. Les mythes qui entourent le paiement aux médecins d'une capitation intégrale ne s'appliquent pas et les données probantes ne se situent pas au même niveau que celui qu'il est possible d'observer aux États-Unis pour toutes sortes de raisons. Il faut vraiment analyser ce qui se passe au Royaume-Uni et dans d'autres pays d'Europe

Mr. Darrell Thomson, Director, Economics and Policy Analysis, British Columbia Medical Association: I firmly believe that we really must set this issue about physician payment modalities to rest. We have been caught up in a delayed ability to make improvements to the health care system over the past decade because we have been focusing on how to pay physicians instead of focusing on what really should be the issue, which is how to improve the integration and coordination of care. The focus has been wrong, in our view.

You can deliver good, integrated, coordinated, high-quality care under any payment system imaginable. That is not dependent on one particular payment model. What you must have is a group "within the team," working in conjunction with the governance body, whoever that may be, in terms of identifying what the core objectives are, what you want to achieve through this mechanism, and put proper governance models into place. As Dr. Oetter mentioned, we have been working on that at the BCMA and we will be delivering options on that over the course of the next few months.

On primary care demonstration projects under the Health Transition Fund that the federal government has introduced, we have seven practices in this province that are operating under what is effectively a capitated model scheme as part of the demonstration projects. We have encouraged the provincial government, to its credit, to enter into another model where fee-for-service is the dominant practice. We have put all of the same support information, both in terms of technology and human resource support, into those two and we are trying to evaluate those to see whether there is any real difference.

In our submission, we were delighted to see the folks at McMaster, Brian Hutchison and Julia Abelson, have done a really good job in an article that appeared in *Health Affairs* in May/June, in terms of identifying what the real evidence is around these issues. The fact is that there is either no evidence at all, or it is minimal, or it is very inconclusive in terms of many of these issues about which of these payment modalities makes more sense.

We really have to get off this notion of focusing so much on the payment modality. Let us concentrate on developing practical models, particularly in the situation we are in now of very short supply of health professionals. Let us develop practical models in which people are willing to work rather than feeling that they are somehow being coerced.

Senator Keon: As you go forth in the preparation of your documents on this, though I fundamentally agree with everything you said, I want to draw one thing to your attention: The fee-for-service structure makes it impossible, on many occasions, for a medical team to engage in leading-edge clinical care because the fee structure does not catch up with scientific progress for four or five years. I have lived through this with many of the programs

en ce qui concerne la capitation, qui n'est pas le principal mode de rémunération.

M. Darrell Thomson, directeur, Analyse de l'économie et de la politique, Association médicale de la Colombie-Britannique: Je suis convaincu qu'il faut vraiment régler une fois pour toutes cette question des modes de rémunération des médecins. Notre capacité d'améliorer le système de santé a été entravée au cours de la dernière décennie parce que nous avons concentré notre attention sur les modes de rémunération des médecins plutôt que sur le problème réel, soit la façon d'améliorer l'intégration et la coordination des soins. Nous avons mal orienté nos efforts.

Il est possible d'offrir des soins de grande qualité, solides, intégrés et coordonnés dans n'importe quel régime de rémunération imaginable. Cette possibilité n'est pas tributaire d'un mode de rémunération en particulier. Ce qu'il faut, c'est un groupe «qui fait partie de l'équipe» et collabore avec l'entité de régie, quelle qu'elle soit, pour définir les objectifs fondamentaux, ce que l'on veut réaliser par ce mécanisme, et pour mettre en place les modèles de régie appropriés. Comme la Dre Oetter l'a dit, nous y travaillons à l'AMCB et nous présenterons au cours des prochains mois des options à ce sujet.

Dans le contexte de projets témoins de soins primaires lancés dans le cadre du Fonds pour l'adaptation des services de santé établi par le gouvernement fédéral, sept pratiques de la Colombie-Britannique fonctionnent dans ce qui constitue en réalité un régime de capitation. Nous avons encouragé le gouvernement provincial, et il faut lui en donner le crédit, à lancer un autre modèle dominé par la rémunération à l'acte. Nous avons investi tous les mêmes renseignements d'appui, sur les plans de la technologie et des ressources humaines, dans ces deux projets témoins et nous essayons de les évaluer pour voir s'il y a vraiment une différence.

Dans notre mémoire, nous nous sommes réjouis de voir que Brian Hutchison et Julia Abelson de McMaster ont fait du vraiment bon travail dans un article qui a paru dans le numéro de mai/juin de *Health Affairs*, où ils définissent les données probantes réelles qui ont trait à ces grandes questions. En réalité, il n'y a pas de preuve du tout, ou les rares qui existent sont minimales ou très peu concluantes en ce qui a trait à un grand nombre des questions qui se posent au sujet du mode de rémunération le plus logique.

Il faut vraiment cesser de consacrer tellement d'attention au mode de rémunération. Cherchons plutôt à mettre au point des modèles pratiques, surtout dans la situation actuelle de très grande pénurie de professionnels de la santé. Créons des modèles pratiques où les gens sont prêts à travailler au lieu de se sentir en quelque sorte obligés de le faire.

Le sénateur Keon: Pendant que vous préparez vos documents à ce sujet, même si je suis essentiellement d'accord avec vous, j'attire votre attention sur une question: la structure de la rémunération à l'acte empêche souvent une équipe médicale de dispenser des soins cliniques de pointe parce qu'il faut de quatre à cinq ans pour que la grille des honoraires rattrape les progrès scientifiques. J'ai connu ce phénomène avec un grand nombre des

we have introduced at the Ottawa Heart Institute where there is no fee in the system to pay the doctor to do what you want done. You must have a salaried system to be able to do that, or you must have some kind of system that keeps bread on the table for the guy or lady while the system catches up. Perhaps you would give that a little thought as you go forth.

I have a number of questions for all of you but I am being unfair to the other senators and I will back off for a while, but I will be back if there is time.

The Chairman: For members of our audience who may not know, Senator Keon in his other life is Chief Executive Officer of the Ottawa Heart Institute.

Senator LeBreton: I found both of your presentations very compelling. You certainly have hit the nail on the head.

Yesterday we had a family practitioner, Dr. Wilson from Prince George, B.C. I found him to be an incredibly good witness. As I listened to his description of problems that are faced in smaller centres, I got the sense that quality of life issues were very important. I also got the feeling that there is burnout, and there seems to be an age gap.

I think our education system discouraged people from entering medical school. There is a whole new group, often women, coming into the medical profession as doctors, but there is a gap. In his presentation, Dr. Wilson said a result of this is "orphan patients." I have seen quite a few examples of that, personally and on television, where people are not chronically ill, particularly those I call the healthy elderly. Doctors move out of the system or to other occupations within the medical system, but these people are still there. I wonder whether the Canadian Medical Association or the British Columbia Medical Association have tried to ascertain the extent of the seriousness, not only for the healthy elderly but also for other people, of being able to replace these doctors who are no longer in the family practice business?

Dr. Oetter: I will start with that. I work as a family physician. I have admitting privileges at three hospitals. I am in a call group of six. We provide 24/7 coverage. Certainly, colleagues in my community are all the same. At the front end, we hear the federal and provincial governments telling us they need primary care reform, and they often comment that this is because GPs are not doing a good job. We are often hurt by those comments. I think valuing family physicians is really important. What message do students get? They do not want to go into family practice. We are seeing an unprecedented decline in the number of people choosing family medicine as a career. I love family medicine and I would love to do it for the rest of my life, but unless I am valued — and I mean that truly in the broadest sense, part of which is the messaging that we get from the people who run the system — you will find people like me being discouraged.

programmes que nous avons lancés à l'Institut de cardiologie d'Ottawa, où le système ne prévoit pas d'honoraires pour rémunérer le médecin afin qu'il fasse ce qu'on veut lui faire faire. Il faut un régime de salariat à cette fin, ou un régime de rémunération qui permet à l'intéressé de subvenir à ses besoins pendant que le système fait du rattrapage. Vous pourriez peut-être réfléchir un peu à cette question dans vos travaux.

J'ai beaucoup de questions pour vous tous, mais je suis injuste pour les autres sénateurs et je vais leur céder la parole. Je la reprendrai s'il reste du temps.

Le président: Pour les membres de l'auditoire qui ne le savent peut-être pas, le sénateur Keon est, dans son autre vie, le directeur général de l'Institut de cardiologie d'Ottawa.

Le sénateur LeBreton: J'ai trouvé vos deux exposés très convaincants. Vous avez certainement frappé juste.

Nous avons accueilli hier un médecin de famille, le Dr Wilson, de Prince George (Colombie-Britannique). J'ai trouvé son témoignage d'une solidité incroyable. En l'écoutant décrire les problèmes auxquels on fait face dans les petites localités, je me suis dit que les questions de qualité de vie étaient très importantes. J'ai aussi conclu que l'épuisement sévit et qu'il semble y avoir des brèches au niveau de l'âge.

Je pense que notre système d'éducation a découragé des gens de chercher à entrer à la faculté de médecine. La profession médicale accueille tout un nouveau groupe de médecins, souvent des femmes, mais il y a un écart. Dans son exposé, le Dr Wilson a déclaré que c'est pourquoi il y a des «patients orphelins». J'ai vu de nombreux exemples, personnellement et à la télévision, de cas où des gens n'ont pas de maladie chronique, et je pense en particulier à ceux que j'appelle les personnes âgées en bonne santé. Des médecins quittent le système ou changent d'orientation à l'intérieur du système médical, mais ces gens sont toujours là. L'Association médicale canadienne ou l'Association médicale de la Colombie-Britannique ont-elles essayé de déterminer la gravité du problème, non seulement pour les personnes âgées en bonne santé, mais aussi pour d'autres gens, que pose la capacité de remplacer ces médecins qui ne pratiquent plus la médecine familiale?

La Dre Oetter: Je vais commencer par cette question. Je travaille comme médecin de famille et j'ai des droits d'admission à trois hôpitaux. Je fais partie d'un groupe de garde de six médecins. Nous assurons une couverture 24/7. Mes collègues de ma collectivité sont certainement tous logés à la même enseigne. Aux premières lignes, nous entendons les gouvernements fédéral et provincial nous dire qu'il faut réformer les soins primaires et affirmer souvent que c'est parce que les OP ne font pas du bon travail. Ces commentaires nous blessent souvent. Il importe vraiment d'attacher de la valeur aux médecins de famille. Quel message les étudiants reçoivent-ils? Ils ne veulent pas se lancer en médecine familiale. Le nombre des personnes qui choisissent de faire carrière en médecine familiale dégringole comme jamais. J'adore la médecine familiale et j'aimerais bien la pratiquer pendant le reste de ma vie, mais si l'on ne m'accorde pas une certaine valeur — et je parle vraiment dans le sens le plus large, dont une partie est constituée des messages que nous recevons des

One of my associates last year left. He is 50, which hardly could be considered retirement age. He chose to work at a salaried position at a hospital where he had more control of his private time. He had been working 60 to 80 hours a week, not as a specialist, but as a GP, and he found the requirements of 24/7 a bit onerous.

Two of my other colleagues have left to go into the computer software writing business. Information technology is important, along with family medicine. I had two other colleagues who left. They are doing something else. We cannot even keep the physicians that we have interested in family medicine because of the conditions of work, the valuing, and really the sense of insecurity because of what is happening at the primary care level. The message gets out to the students. They do not enter family medicine. The end result is there are "orphaned patients," and that is very unfortunate.

Senator LeBreton: That is not to mention the psychological effect, especially on seniors. Dr. Barrett, you talked about provider morale and that it falls right within this category.

Dr. Barrett: I have a couple of comments. Dr. Oetter did not mention this, but it is well known that the group of physicians that American recruiters are most interested in is Canada's family physicians. They are extremely valuable and that is what Americans have been seeking. We have to value them. Dr. Oetter has explained why.

Morale and burnout problems are not unique to family physicians. They exist throughout the whole spectrum. We released a specialty document a few months ago, which I would recommend to you on this topic. This is not just a family practice issue. This is a system-wide issue. Physicians and nurses are all working harder.

I would argue, Dr. Keon, that doctors and nurses actually do extra things even though they are not paid for that. For those who work 12 hours a day, Canada's tax system is not an incentive to work those extra four or five hours but we do it because it has to be done. Clearly, all of us know now that working harder will not be enough anymore, and working harder is taking us to the point where it is not just young people who do not want to be part of this, but the people who have matured and have experience to go along with the knowledge, are leaving. That is a bad situation to be in. We have to do something about this. This is the number one issue.

Dr. Garg: I am a specialist, but I must say that if we lose our family practitioners we will never have quality medical care. Familiar practitioners are the backbone to providing comprehensive continuity of care. We must consider the patient as a whole. The family practitioner does that. If we could leave one message, it would concern the value of family practitioners and the ongoing things we must do to make sure that we have family practitioners. I cannot overemphasize that, even though I am a

dirigeants du système — vous allez constater qu'on décourage des gens comme moi.

Un des mes associés de l'année dernière est parti. Il a 50 ans, ce que l'on ne peut vraiment pas considérer comme l'âge de la retraite. Il a accepté un poste salarié à un hôpital, ce qui lui laisse davantage de contrôle sur sa vie privée. Il travaillait de 60 à 80 heures par semaine, non pas comme spécialiste, mais comme OP, et trouvait un peu onéreuses les exigences du 24/7.

Deux de mes autres collègues sont partis pour se lancer dans la rédaction de logiciels. La technologie de l'information est importante, tout comme la médecine familiale. J'avais deux autres collègues qui sont partis. Nous ne pouvons même garder les médecins actuels qui s'intéressent à la médecine familiale à cause des conditions de travail, des valeurs et, en réalité, du sentiment d'insécurité attribuable à ce qui se passe au niveau des soins primaires. Les étudiants entendent les messages. Ils évitent la médecine familiale. Ce qui crée des «patients orphelins», et c'est très malheureux.

Le sénateur LeBreton: Sans oublier l'effet psychologique, particulièrement sur les personnes âgées. Docteur Barrett, vous avez parlé du moral des prestataires, ce qui s'inscrit directement dans cette catégorie.

Le Dr Barrett: J'ai deux ou trois commentaires. La Dre Oetter n'en a pas parlé, mais on sait très bien que les médecins qui intéressent le plus les recruteurs américains, ce sont les médecins de famille du Canada. Ils sont extrêmement précieux et c'est ce que recherchent les Américains. Nous avons de la valeur pour eux. La Dre Oetter a expliqué pourquoi.

Les problèmes de moral et d'épuisement ne sont pas particuliers aux médecins de famille. Ils sévissent dans tout le système. Nous avons publié, il y a quelques mois, un document sur les soins spécialisés que je vous recommande de lire. Le problème n'est pas particulier à la médecine familiale. C'est un problème systémique. Les médecins et les infirmières travaillent tous plus fort.

Docteur Keon, je soutiendrais que les médecins et les infirmières en font en réalité plus même s'ils ne sont pas payés. Pour ceux qui travaillent 12 heures par jour, le régime fiscal du Canada n'incite pas à travailler les quatre ou cinq heures de plus en question, mais nous le faisons parce qu'il le faut. Il est clair que nous savons tous qu'il ne suffira plus de travailler plus fort, ce qui nous amène au point où ce ne sont pas simplement les jeunes qui ne veulent pas être pris dans cet engrenage. Nous perdons des gens qui ont acquis maturité et expérience, en plus du savoir. Nous nous retrouvons dans une mauvaise situation. Il faut faire quelque chose. C'est là le grand problème.

Le Dr Garg: Je suis spécialiste, mais je dois dire que si nous perdons nos médecins de famille, nous n'aurons jamais des soins médicaux de qualité. Les médecins de famille sont l'épine dorsale qui assure la continuité intégrée des soins. Il faut considérer le patient comme un tout. C'est ce que fait le médecin de famille. Si nous pouvions laisser un message, il porterait sur la valeur des médecins de famille et sur ce que nous devons faire constamment pour nous assurer que nous en avons. Je ne peux trop insister

specialist. There is clearly that need, with what has happened to our system.

Senator LeBreton: You mentioned the nursing profession. How does the Canadian Medical Association or the British Columbia Medical Association interact with nurses? In the testimony we have had as we go across the country, we get the sense there is a crisis in the nursing profession. What do you think has to be done now to address that? It will not be a quick fix. What has happened? Why is there such a crisis in the nursing profession, and is it the same as what you are facing as doctors?

Dr. Barrett: I am not sure that I am competent to speak for the nursing profession but, frankly, the issues are the same. We want skilled people, but there is a North American, in fact, a worldwide shortage of skilled people in general and in particular with health human resources. It has become much worse. We will only now lose people to the United States, the United Kingdom is now recruiting tremendous numbers because it has fallen far behind.

The issues are simple. If you value your work force, you provide them with a competitive salary or income, you provide them with working conditions where they can enjoy what they do and get pleasure from it, and provide opportunities for professional enhancement so that people can better themselves doing what they are doing. It is not rocket science. There are three simple factors. This applies to physicians, nurses and to other health care workers.

We often focus on nurses and physicians, but there are also technicians. We have situations in this country where we have been able to buy equipment that sits idle because we have nobody to operate it. This applies to the secretaries who work in my office. Everybody forgets that they take the phone calls and get the abuse for the system that does not work. People do not call the doctor and bawl him out because they are not getting in. They do not call the hospital. They call that lady on the line who is their connection to the system and that is who often takes the abuse for a system that is not working. Secretaries have not had much input, I assure you.

Dr. Oetter: Dr. Barrett covered this very eloquently. It is not for the doctors to make comment, but my personal experience — with the nurses with whom I work and who are also patients in my practice — is that conditions of work really matter, and they are not valued. We cannot run a health care system without the nurses. We need them. There are not enough nurses. There is a global shortage. Until such time that we resolve the nursing shortage, we will continue to have access problems.

Senator LeBreton: Is there not enough incentive for them to get into the education stream at the very beginning, or is that improving?

là-dessus, même si je suis spécialiste. Le besoin est clair, compte tenu de ce qui est arrivé à notre système.

Le sénateur LeBreton: Vous avez parlé de la profession infirmière. Quels sont les contacts entre l'Association médicale canadienne ou l'Association médicale de la Colombie-Britannique et les infirmières? Les témoignages que nous avons entendus pendant que nous sillonnons le pays nous portent à croire que la profession infirmière est en état de crise. Que faut-il faire, selon vous, pour s'y attaquer? Il n'y aura pas de solution rapide. Que s'est-il passé? Pourquoi y a-t-il une telle crise dans la profession infirmière et est-ce la même que celle qui sévit dans la profession médicale?

Le Dr Barrett: Je ne suis pas certain d'avoir la compétence nécessaire pour parler au nom de la profession infirmière, mais les enjeux sont franchement les mêmes. Nous avons besoin de personnel qualifié, mais il y a une pénurie nord-américaine, et en fait mondiale, de personnel qualifié en général et plus particulièrement dans le domaine des ressources humaines en santé. Le problème s'est aggravé énormément. Nous ne ferons que perdre des gens aux États-Unis et le Royaume-Uni recrute en force parce qu'il a pris beaucoup de retard.

Les enjeux sont simples. Lorsqu'on attache de la valeur à ses ressources humaines, on leur accorde un salaire ou un revenu concurrentiel, leur offre des conditions de travail où elles peuvent aimer ce qu'elles font et en tirer du plaisir, sans oublier les possibilités de perfectionnement professionnel qui leur permettent de s'améliorer en se livrant à leurs activités. Ce n'est pas génial. Il y a trois facteurs simples qui s'appliquent aux médecins, aux infirmières et aux autres travailleurs de la santé.

Nous concentrons souvent notre attention sur les infirmières et les médecins, mais il ne faut pas oublier les techniciens. Il est arrivé que nous avons pu acheter de l'équipement qui reste inutilisé parce que nous n'avons personne pour le faire fonctionner. Le problème s'applique aussi aux secrétaires qui travaillent à mon bureau. Tout le monde oublie qu'elles reçoivent les appels et qu'on s'en prend à elles parce que le système ne fonctionne pas. Les gens n'appellent pas le médecin pour l'engueuler parce qu'ils n'ont pas de rendez-vous. Ils n'appellent pas l'hôpital. Ils appellent la secrétaire qui est leur lien avec le système et qui, souvent, est victime d'abus à cause d'un système qui ne fonctionne pas. Les secrétaires n'ont pas eu grand chose à dire, je vous le garantis.

La Dre Oetter: Le Dr Barrett a parlé très éloquentement de la question. Ce n'est pas aux médecins qu'il revient de formuler des commentaires, mais mon expérience personnelle — avec les infirmières avec lesquelles je travaille et qui sont aussi patientes de mon cabinet — m'indique que les conditions de travail ont vraiment de l'importance et qu'on n'y attache pas de valeur. Il est impossible d'administrer un système de santé sans les infirmières. Nous avons besoin d'elles. Elles ne sont pas assez nombreuses. La pénurie est mondiale. Tant que nous ne réglerons pas le problème de la pénurie d'infirmières, les problèmes d'accès persisteront.

Le sénateur LeBreton: Est-ce qu'il n'y a pas suffisamment d'incitations pour les attirer dans le système de formation au tout début, ou la situation s'améliore-t-elle?

Dr. Oetter: My sense is that, certainly in the British Columbia context, there is starting to be more positions, although often people wait two or three years to get a position at a nursing school, whether they are going through the diploma or baccalaureate programs.

Senator LeBreton: This is all cyclical.

Dr. Oetter: Their problems are really mirrored in the medical profession.

Senator Keon: There is a very important area here that is not being highlighted enough. Dr. Barrett raised the issue of the need for a health human resource commission or study, a truly focused endeavour to examine the whole situation of health human resources. Mr. Chairman, the following statement may not be quite accurate, but I suggest we should research this: Nurses have the highest absentee rate for sick leave of anybody in the Canadian workforce.

The Chairman: We have certainly seen that.

Dr. Barrett: Yes, definitely.

The Chairman: That statement has been made. The rate is highest particularly for sick leave due to stress.

Dr. Barrett: That has been confirmed by outside agencies.

Senator Keon: Many of the problems that family physicians are encountering lie the fact that they are working as members of a team where the nurses are depressed and upset and overworked and so forth, and that rubs off on everybody, including the patients. Those of us who have spent our lives in this business, certainly all of us who are doctors who have spent our lives in this business, have to admit we would not have got through a single day without nurses. I recall being an intern in Cleveland on my first night on call. I had never been taught how to pronounce a patient dead. Excuse me for this anecdote but it is important. I was called to the ward at 3 a.m. The nurses at the station were killing themselves laughing because the intern they had called over to pronounce the patient dead came over and stood at the foot of the bed and said, "He is dead," and went back to bed, and the nurses were so gracious that they would not call him back and embarrass him. They called me over to pronounce the patient dead and I had to admit I did not know how to do it either. So they taught me, and from there on in they have taught me a lot.

There is a terrible problem in the nursing profession now, and it is affecting the medical profession in a very adverse way. The medical profession cannot address its problems in isolation. They have to be addressed in concert with the nursing and other health professions. I certainly think you should keep harping on the need for a special health human resources study.

I wanted to question you on some ideas this morning but time is running out. I have talked too much, but I will be back to some of you on the telephone.

La Dre Oetter: Je pense qu'il commence à y avoir davantage de postes, certainement en Colombie-Britannique, même s'il arrive souvent qu'il faut attendre deux ou trois ans pour obtenir une place dans une école d'infirmières, qu'il s'agisse de programmes menant au diplôme ou au baccalauréat.

Le sénateur LeBreton: Tout est cyclique.

La Dre Oetter: Les problèmes des infirmières se reflètent vraiment dans la profession médicale.

Le sénateur Keon: Il y a ici un aspect très important qu'on ne met pas suffisamment en évidence. Le Dr Barrett a parlé du besoin d'une commission ou d'une étude sur les ressources humaines en santé, qui cherchera vraiment à étudier la situation au complet des ressources humaines en santé. Monsieur le président, ce que je vais dire n'est peut-être pas tout à fait exact, mais j'estime que des recherches s'imposent à ce sujet: les infirmières affichent le taux d'absentéisme pour congé de maladie le plus élevé de la population active canadienne.

Le président: Nous l'avons certainement vu.

Le Dr Barrett: Certainement.

Le président: L'affirmation a été faite. Le taux le plus élevé, particulièrement dans le cas des congés de maladie causés par le stress.

Le Dr Barrett: Des organismes de l'extérieur l'ont confirmé.

Le sénateur Keon: Beaucoup des problèmes que les médecins de famille connaissent sont attribuables au fait qu'ils oeuvrent au sein d'une équipe où les infirmières sont déprimées, perturbées et surmenées, ce qui déteint sur tout le monde, y compris les patients. Ceux d'entre nous qui ont passé leur vie dans ce domaine, et certainement tous ceux d'entre nous qui sont médecins, doivent admettre que nous n'aurions pas survécu à une seule journée sans infirmières. Je me rappelle ma première nuit de garde à l'époque où j'étais interne à Cleveland. On ne m'avait jamais appris comment déclarer un patient mort. Je vous prie de m'excuser de cette anecdote, mais c'est important. On m'a appelé à trois heures du matin. Les infirmières au poste étaient mortes de rire parce que l'interne qu'elles avaient appelé pour déclarer le patient mort s'est présenté, a déclaré, debout au pied du lit, «Il est mort» et est retourné se coucher. Les infirmières étaient tellement gentilles qu'elles ne l'ont pas rappelé pour éviter de l'embarrasser. Elles m'ont appelé pour déclarer le patient mort et j'ai dû leur avouer que je ne savais pas quoi faire non plus. Elles me l'ont donc appris et m'ont appris ensuite une foule de choses.

La profession infirmière est aux prises avec un problème énorme qui a des répercussions très défavorables sur la profession médicale. Celle-ci ne peut s'attaquer à ses problèmes dans l'isolement. Il faut les aborder de concert avec la profession infirmière et les autres professions de la santé. Il faut certainement continuer d'insister sur le besoin d'une étude spéciale sur les ressources humaines en santé.

Je voulais vous poser des questions sur certaines idées ce matin, mais le temps file. J'ai trop parlé, mais je communiquerai de nouveau avec vous par téléphone.

We sort of have decided where we would like to go with our next report in general terms. Maybe one of our next endeavours should be this one.

Senator LeBreton: This might be a loaded question, but I agree with you concerning the lack of medical professionals at the decision making level of government. You are right. We never question having a lawyer as Minister of Justice, although many of us would think that would be probably more questionable.

What would you think of the idea of Canada having a Surgeon General as in the United States — or something like that to represent the medical profession at the highest level, perhaps an ombudsman. Maybe Canadians, being Canadian, would have a problem with the term. What do you think about a person or an office like that?

Dr. Barrett: I could be supportive. We have to get politics out of health care. That is part of our problem. We talk about the lack of medical and health provider input, and on the other side of the equation, what is the length of office of the average Deputy Minister of Health in this country? It is about nine months. For ministers of health, it is not much more.

We need some other body, individual, or whatever, that will let us put politics aside. If I were a politician, I suppose health care is an area I might not want to be involved in right now because there are so many problems. Politicians burn out too and they move on and we do not have stability. We do not have a plan or a vision in this country right now that we can all work toward. Hopefully your committee will come up with one that we can all support. That is what we will need. Somehow we have to get politics out of health care and that is a possibility.

Senator LeBreton: Would anybody else like to comment on that?

Dr. Oetter: That should be something at arm's length that allowed the "operationalization" of the vision of medicare and removed politics from this. We should get back to first things first. We have to improve access for the sickest people in the country. If "operationalizing" that vision is best done by something that is arm's length from the government, this would be a great idea.

Senator St. Germain: Thank you, doctors, for appearing this morning. The man to my left is much more qualified in this area than I will ever hope to be. However, there is the political side of this whole thing. You say "Get the politics out of it." During the last political election, every leader was jumping up and down saying "Maintain the status quo." You cannot get the politics out of it. A Surgeon General at arm's length is a joke under the parliamentary system, regardless of who is in power. I am not being partisan here. It does not matter whether it is the Conservatives, the NDP, the Liberals, or whoever is in power. There is no such thing as an arm's-length appointment, because everything is done by the Prime Minister. Everything comes out

Nous avons en quelque sorte établi l'orientation générale de notre prochain rapport. Un de nos prochains projets devrait peut-être porter sur cette question.

Le sénateur LeBreton: Ma question est peut-être piégée, mais je suis d'accord avec vous en ce qui concerne le manque de professionnels de la médecine au niveau décisionnel du gouvernement. Vous avez raison. Nous ne remettons jamais en question le fait d'avoir un avocat comme ministre de la Justice, même si beaucoup d'entre nous pourraient penser que ce serait probablement plus douteux.

Que penseriez-vous de la possibilité que le Canada ait un chirurgien général comme aux États-Unis — ou un intervenant semblable qui représenterait la profession médicale au niveau le plus élevé, peut-être un ombudsman? Le terme poserait peut-être des problèmes aux Canadiens, à cause de leur nature même. Que pensez-vous d'une telle personne ou d'un tel service?

Le Dr Barrett: Je pourrais appuyer l'idée. Il faut sortir la politique des soins de santé. C'est là une partie de notre problème. Nous parlons du manque de contribution des médecins et des prestataires de services de santé, mais de l'autre côté de l'équation, combien de temps dure le mandat du sous-ministre de la Santé moyen au Canada? Environ neuf mois. Celui des ministres de la Santé n'est pas beaucoup plus long.

Il faut une autre entité, un autre intervenant, ou peu importe, qui nous laissera mettre la politique de côté. Si j'étais politicien, je suppose que les soins de santé sont un domaine où je ne voudrais pas intervenir pour le moment parce que les problèmes y sont tellement nombreux. Les politiciens s'épuisent aussi, passent à autre chose et nous n'avons aucune stabilité. Le Canada n'a pas pour le moment de plan ni de vision vers laquelle nous pourrions tous tendre. J'espère que votre comité en formulera une que nous pourrions tous appuyer. C'est ce qu'il nous faut. Il faut trouver un moyen de sortir la politique des soins de santé et il s'agit là d'une possibilité.

Le sénateur LeBreton: D'autres commentaires à ce sujet?

La Dre Oetter: Il devrait s'agir d'un mécanisme indépendant qui permettrait «d'opérationnaliser» la vision de l'assurance-maladie et d'en éliminer la politique. Il faudrait commencer à la case départ. Il faut améliorer l'accès pour les personnes les plus malades au Canada. Si la meilleure façon «d'opérationnaliser» cette vision consiste à la confier à un mécanisme indépendant du gouvernement, ce serait une bonne idée.

Le sénateur St. Germain: Merci, docteurs, d'être venus témoigner ce matin. La personne à ma gauche est beaucoup plus qualifiée dans ce domaine que je ne le serai jamais. Toute cette question a toutefois un aspect politique. Vous affirmez qu'il faut «en sortir la politique». Au cours de la dernière campagne électorale, les chefs de tous les partis ne se gênaient pas pour affirmer qu'il fallait «maintenir le statu quo». On ne peut sortir la politique du système. Un chirurgien général indépendant, c'est une blague dans le régime parlementaire, peu importe qui est au pouvoir. Je ne fais pas de sectarisme politique. Que ce soient les conservateurs, les néo-démocrates, les libéraux ou un autre parti qui sont au pouvoir, cela importe peu. Une nomination sans lien

of the Prime Minister's Office. As long as we have that, we will never have "arm's length."

There are individuals who take a lead role, but this is scary. In the last election leaders were jumping up and down and saying, "No change," and the system is going down the tube.

We had the same thing with free trade. Brian Mulroney wrote in his little book that he was against free trade. Then he saw the need for it and he got the business community behind him.

Unless somebody has the intestinal fortitude to take the lead on something like this and take a political risk, I think you people cannot get out of the politics of it. You have to stand up and say, "Hey, listen, these four, five leaders are crazy, they are destroying our medical system, they are mitigating the possibility of people getting good health coverage and they are driving doctors out of the country." Apparently, of 1,500 doctors, we lose 400 to the United States every year.

Doctor, you have said that we have 8,000 doctors in B.C. and we have 10 per cent of the population. You said there are 50,000 doctors in the country, so we have a good percentage in this province, and still, they are burning out.

I am not a doctor, nor am I a lawyer. I was a commercial pilot and businessperson, but if I ran my businesses like this I would be bankrupt. I am not bankrupt. I have been very successful in a lot of things I have done, but it is because I have applied logic to the formula. I have met with doctors. I was an MP in your riding. I was the MP for Richmond — Port Moody.

Dr. Marco Terwiel, was head of the CMA at one time I believe. I met with him. I like Marco, but if you talked to him and it was as if "We are sort of above this political level, we can not get down into the fray. You do not get down there." I used to be a cop in the 100 block East Hastings. Many a time I got beat up in the back lane. If I had not gone to the back lane, my street would not have been safe.

Why do you take this position? You must take a position of leadership. The business community got behind Brian Mulroney and he got his legislation through. Some people disagree with it, but fundamentally it has worked and Ontario's economy has boomed for the last 10 years. That is the only way I think you will have change.

Dr. Oetter: First of all, I will tell you that Dr. Barrett and I have excellent digestive systems so we do have the intestinal fortitude to do this and that is why we are here.

Senator St. Germain: Good.

de dépendance, cela n'existe pas, parce que tout passe par le premier ministre. Tout provient du bureau du premier ministre. Tant que nous aurons ce régime, il n'y aura jamais «d'auto-nomie».

Il y a des personnes qui jouent un rôle de premier plan, mais c'est terrifiant. Au cours de la dernière campagne électorale, les chefs de parti ne se gênaient pas pour affirmer qu'il ne fallait rien changer. Le système se dégrade.

Nous avons connu la même chose avec le libre-échange. Brian Mulroney a écrit dans son petit livre qu'il était contre le libre-échange. Il a ensuite constaté qu'on en avait besoin et a rallié les milieux d'affaires derrière lui.

À moins que quelqu'un ait suffisamment de cœur au ventre pour prendre l'initiative à cet égard et courir un risque politique, je pense que vous ne pouvez en sortir la politique. Il faut vous lever et affirmer: «Écoutez, ces quatre ou cinq dirigeants sont cinglés, ils sont en train de détruire notre système médical, de réduire la possibilité pour les gens d'obtenir de bons services de santé, sans compter qu'ils chassent les médecins du pays.» Il semble que sur 1 500 médecins, nous en perdons 400 aux États-Unis par année.

Docteur, vous avez dit que nous avons 8 000 médecins en Colombie-Britannique et nous comptons 10 p. 100 de la population. Vous avez dit qu'il y a 50 000 médecins au Canada. Nous en avons donc un pourcentage important dans notre province, mais ils s'épuisent quand même.

Je ne suis ni médecin ni avocat. J'ai été pilote commercial et homme d'affaires, mais si j'avais dirigé ainsi mes entreprises, je serais en faillite. Ce n'est pas le cas. J'ai très bien réussi dans beaucoup de choses, mais c'est parce que j'ai fait preuve de la logique. J'ai rencontré des médecins. J'ai été député fédéral de votre circonscription. J'ai été le député de Richmond — Port Moody.

Le Dr Marco Terwiel a déjà dirigé l'AMC, sauf erreur. Je l'ai rencontré. J'aime bien Marco, mais lorsqu'on lui parle, c'est comme s'il disait: «Nous sommes en quelque sorte au-dessus de ce niveau politique, nous ne pouvons descendre dans la rue. Vous n'allez pas descendre à ce niveau.» J'ai déjà été policier dans la pâté de maisons 100 à East Hastings. Il m'est arrivé souvent de subir une raclée dans les ruelles. Si je n'y étais pas allé, ma rue n'aurait pas été sûre.

Pourquoi prendre cette position? Il faut prendre une position de leadership. Les milieux d'affaires se sont rangés derrière Brian Mulroney et il a fait adopter sa mesure législative. Certains ne sont pas d'accord, mais elle a essentiellement donné des résultats et l'économie de l'Ontario est florissante depuis 10 ans. C'est à mon avis le seul moyen d'instaurer le changement.

La Dre Oetter: Tout d'abord, je veux vous dire que le Dr Barrett et moi-même avons d'excellents systèmes digestifs et c'est pourquoi nous avons suffisamment de cœur au ventre pour le faire. C'est aussi pourquoi nous sommes ici.

Le sénateur St. Germain: Très bien.

Dr. Oetter: I would encourage you to read the BCMA policy document, "Turning the Tide — Saving Medicare for Canadians." We have made 29 recommendations. We are making recommendations that are tough, and, undoubtedly, they will tread on people's values. But until we have a redefined vision of what medicare will be and get away from the tinkering, we will never have a sustainable, accountable health care system. So, we are out there. We are being political. I am sure we can give you your own hard-bound copy before you leave today, and I would be happy to sign it.

Senator Lawson: Dr. Barrett, I am going to start with you because I am delighted that you are from Saskatoon, Saskatchewan. Senator Buckwold served with us with great distinction. His proudest moment was when he was the mayor of Saskatoon. He was so proud of that. I remember his favourite story. He said that a group of English ladies took a VIA Rail tour across Canada and they stopped in Saskatoon. One of the ladies went out on the step and asked the station agent, "What place is this?" He said, "Saskatoon, Saskatchewan." She said, "Oh, thank you." She went back into the train and she said to the ladies, "How quaint. They do not speak English here." That was his favourite story about his city.

You were talking about waiting lists, in response to Senator St. Germain's question, and some system you have for putting it all together and so on, but is there any way to measure the costs of lengthy delays on the waiting list? We have had evidence, and I have read some of the reports, where, as a result of waiting lists, people waiting for heart surgeries and so on suffer strokes, heart attacks and various effects which increases the cost by great multiples for their care as a result of lengthy delays. Has any attempt been made to measure the costs of waiting lists?

Dr. Barrett: That is one of the things that the Western Canada Waiting List Project will hopefully examine. One of the problems is that we always talk about costs in terms of the cost of the health care system and ignore that costs are borne elsewhere. In the 1990s we have seen a lot of that in the off-loading of the health care system to the community without much community support. Those costs have been borne by employers, spouses and parents. Nobody acknowledges that.

At that level it is hard to measure, particularly strictly in the health care system. You have to go beyond that. I could not agree with you more.

Senator Lawson: My friend, Senator St. Germain, spoke about the politics of the situation. Those from B.C. know that Premier Campbell said that, "You tear down the walls. We have to do things differently. We have to take a look at private medicare. We have to talk about anything that is going to make it more efficient and get better value for our tax dollars."

La Dre Oetter: Je vous encourage à lire le document stratégique de l'AMCB intitulé «Turning the Tide — Saving Medicare for Canadians». Nous y présentons 29 recommandations. Nous y formulons des recommandations difficiles qui empiéteront certainement sur les valeurs des gens. Tant que nous n'aurons pas redéfini la vision de l'assurance-maladie et que nous ne cesserons pas le bricolage, nous n'aurons jamais de système de santé viable et redditionnel. C'est pourquoi nous sommes au front. Nous faisons de la politique. Je suis sûre que nous pouvons vous remettre votre propre exemplaire cartonné avant votre départ aujourd'hui et je serai heureuse de l'autographier.

Le sénateur Lawson: Docteur Barrett, je vais commencer avec vous parce que je suis heureux que vous soyez de Saskatoon, en Saskatchewan. Le sénateur Buckwold siège parmi nous avec beaucoup de distinction. Sa plus grande fierté remonte à l'époque où il était maire de Saskatoon. Il en était tellement fier. Je me rappelle son anecdote favorite. Il racontait qu'un groupe de dames anglaises qui traversaient le Canada par Via Rail avaient fait escale à Saskatoon. Une des dames s'est présentée en haut des marches et a demandé à l'agent de la gare «Où sommes-nous?» Il a répondu: «Saskatoon, Saskatchewan». Elle a répliqué «Merci». De retour dans le train, elle a déclaré à ses compagnes de voyage: «Comme c'est bizarre, on ne parle pas anglais ici.» C'était son anecdote favorite au sujet de sa ville.

En réponse à la question du sénateur St. Germain, vous parliez des listes d'attente et d'un système que vous avez pour tout regrouper. Y a-t-il toutefois un moyen de mesurer le coût des longues périodes d'attente? Nous avons entendu des témoignages et j'ai vu des rapports selon lesquels à cause des listes d'attente, des personnes qui attendent de subir une intervention de chirurgie cardiaque sont victimes d'accidents vasculaires cérébraux, de crises cardiaques et d'autres problèmes qui multiplient énormément ce qu'il en coûte pour les soigner à cause des longs retards. A-t-on essayé de mesurer les coûts des listes d'attente?

Le Dr Barrett: C'est une des questions que l'on examinera, nous l'espérons, dans le cadre du Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada. Un des problèmes, c'est que nous parlons toujours de coûts en fonction du coût du système de santé et que nous oublions qu'il y en a ailleurs. Au cours des années 90, nous avons été témoins d'une foule d'événements semblables dans le délestage du système de santé sur la collectivité sans qu'on lui accorde beaucoup d'appui. Ces coûts ont été imposés aux employeurs, aux conjoints et aux parents. Personne ne le reconnaît.

Les coûts sont difficiles à mesurer à ce niveau, en particulier dans le système de santé. Il faut aller plus loin. Je ne saurais être davantage d'accord avec vous.

Le sénateur Lawson: Mon ami le sénateur St. Germain a parlé des aspects politiques de la situation. Ceux qui sont de la Colombie-Britannique savent que le premier ministre Campbell a déclaré: «Il faut abattre les murs. Il faut agir différemment. Il faut jeter un coup d'œil à l'assurance-maladie privée. Il faut parler de tout moyen de rendre le système plus efficient et de tirer une plus grande valeur de l'argent de nos impôts.»

You may have heard an announcement this morning that the government has made. We have a problem in Abbotsford, which is about an hour away, where, for the last decade, the hospital has been funded to go ahead, it has been stopped and it just has not gone anywhere and people are a little bit upset about that. This morning it was announced that the Abbotsford Hospital will go ahead. Will it be financed by public funds? No, it will be financed by private funds, following a model in Great Britain.

Does your association have a response to the private funding of hospitals?

Dr. Barrett: I will discuss that nationally, and then Heidi will give you the B.C. perspective.

In this country, I think people are often confused about public/private. We have always had private delivery of health care in this country.

Senator Lawson: Right.

Dr. Barrett: I am an example of that. Health care has been publicly administered but privately delivered. People confuse "privately delivered" with a totally private system. We do not have a problem with that.

The Chairman: That is why, earlier, when I was explaining an element of competition between hospitals, I was very careful to say that was not an issue of competition between a privately owned hospital and a publicly owned one. It is the single government payer model that Canadians truly care about.

Dr. Barrett: Yes, exactly.

Senator Lawson: Just following on that, does the association have a position on private clinics? We had evidence yesterday from the Cambie clinic and what is done there. Do you have a policy position for or against those kinds of things?

Dr. Barrett: We have private clinics all over the country. I am in a private clinic.

Senator Lawson: Some of the governments talk about —

Dr. Oetter: I think what you mean is private clinics that provide privately funded services.

Senator Lawson: Yes.

The Chairman: They take non-medicare patients.

Senator Lawson: Yes.

Dr. Oetter: Right, and to the extent that Canadians want that, they already get it by driving just about an hour south of here. Our associations want to make the public system work so well that the number of people who seek that private option is minimal. Unfortunately, the increased number of privately delivered, privately funded services is a testament to the access problem for urgent and emergency health care. To the extent that the private community can step up to the plate to provide capacity for publicly funded services where that is efficient, of the same quality and in a regulated environment that is based on need — look after the sickest first and foremost — it is a good thing.

Vous avez peut-être entendu une annonce du gouvernement ce matin. Nous avons un problème à Abbotsford, soit à environ une heure d'ici. Le projet de construction de l'hôpital a du financement depuis une dizaine d'années. Le projet a été arrêté, n'a pas progressé du tout, et la population est en colère. On a annoncé ce matin que l'hôpital d'Abbotsford ira de l'avant. Sera-t-il financé par le Trésor? Non. Il sera financé par des capitaux privés suivant un modèle de la Grande-Bretagne.

Que pense votre association du financement privé des hôpitaux?

Le Dr Barrett: J'aborderai la question sur le plan national et Heidi vous fera ensuite part du point de vue de la Colombie-Britannique.

Je pense que la distinction entre l'assurance publique et l'assurance privée sème souvent la confusion au Canada. Le secteur privé a toujours dispensé des soins de santé au Canada.

Le sénateur Lawson: C'est exact.

Le Dr Barrett: J'en suis un exemple. Les soins de santé sont administrés par le secteur public mais dispensés par le secteur privé. Il y a confusion entre l'expression «soins dispensés par le secteur privé» et un système entièrement privé. Cela ne nous pose pas de problèmes.

Le président: Voilà pourquoi lorsque j'expliquais plus tôt un élément de la concurrence entre les hôpitaux, j'ai fait vraiment attention de dire qu'il ne s'agissait pas de concurrence entre un hôpital privé et un hôpital public. C'est le modèle du payeur public unique auquel les Canadiens tiennent vraiment.

Le Dr Barrett: C'est exact.

Le sénateur Lawson: Pour poursuivre dans la même veine, l'Association a-t-elle pris position au sujet des cliniques privées? Nous avons entendu hier le témoignage de la clinique Cambie et ce qui se fait là-bas. Avez-vous pris position pour ou contre de telles activités?

Le Dr Barrett: Il y a des cliniques privées partout au Canada. Je travaille dans une clinique privée.

Le sénateur Lawson: Des gouvernements parlent de...

La Dre Oetter: Je pense que vous voulez parler de cliniques privées qui dispensent des services financés par le secteur privé.

Le sénateur Lawson: En effet.

Le président: Ces cliniques acceptent des patients non assurés.

Le sénateur Lawson: Oui.

La Dre Oetter: C'est exact, et dans la mesure où les Canadiens le veulent, ils obtiennent déjà ces services à environ une heure de route au sud d'ici. Nos associations veulent que le système public fonctionne tellement bien que le nombre de personnes qui recherchent ces services dans le secteur privé sera réduit au minimum. Le nombre accru de services financés et dispensés par le secteur privé témoigne malheureusement du problème d'accès aux soins de santé urgents. C'est une bonne chose dans la mesure où le secteur privé peut fournir la capacité nécessaire pour dispenser des services financés par le secteur public qui sont efficaces, de la même qualité et dans un contexte

Senator Lawson: Yesterday Dr. Day said that in the work his clinic does with the Workers' Compensation Board, the WCB saved \$90 million last year.

Dr. Oetter: Those costs may reflect that there are costs to the employer in having people off work for an extended period of time, which may not necessarily be reflected in the care of that individual. You are quite right that for WCB it is very efficient.

Senator Lawson: However, a savings of that kind that goes back to a public agency like the Workers' Compensation Board is really either to the employer or to the employees or to the taxpayer.

Dr. Oetter, in your submission you talked about the fallacy in suggesting that sufficient administrative savings can be found within the system to cover growing costs. I can understand the general application of that, but we have had relevant examples. Yesterday a witness talked about a particular medical institution or a hospital, which over a 20-year period, went from one president and one assistant to manage the hospital to the present situation of two presidents, one CEO and 11 vice-presidents, which seems to be a large amount of administrative staff. That is one example of what seems to be a little administratively heavy.

Another example is the care facility for seniors at White Rock. People are complaining vigorously because on the night shift, for over two dozen patients, there is one nurse or nurse assistant. People are very upset about that, and when they asked for a meeting to complain about it, an army of people arrived: a nutritionist, a dietician, a director of nutrition. One thing on which the patients agreed unanimously was that the institution served the worst food anywhere, but they had a series of other administrators — large numbers of them. Something seems to be out of whack and there should be an examination. Are we talking about an overload of administrators and not enough nurses or assistants? Could not some serious savings be made through an examination of that?

Dr. Oetter: I think there would be savings. The myth is that those savings alone will be enough to create a sustainable system, and that is where we depart a little bit. Are there efficiencies that we can still pull out of the system? Yes, there are, but that will not be to the magnitude that will cover the kind of increase in pressure that we are experiencing with an aging population, the technology, advances that we have, and certainly the evolution of new and heroic ways of saving people's lives or reducing their disabilities. There are efficiencies, but they will not sustain the system.

Dr. Garg: In the last 10 or 15 years people have kept saying, "Let us just manage the system better," and the outcome of that is better management means less role for practicing physicians and nurses and more role for management. That is what we are really talking about and that is really the key. Practicing physicians and

réglementé fondé sur le besoin — il faut traiter les plus malades d'abord et avant tout.

Le sénateur Lawson: Le Dr Day a déclaré hier qu'en collaborant avec sa clinique, la Commission des accidents du travail avait épargné 90 millions de dollars l'année dernière.

La Dre Oetter: Ces coûts peuvent démontrer que des absences prolongées du travail entraînent pour l'employeur des coûts qui ne se reflètent pas nécessairement dans les soins dispensés à la personne en cause. Vous avez tout à fait raison de dire que c'est très efficient pour la CAT.

Le sénateur Lawson: L'employeur, les employés ou le contribuable ne profitent toutefois pas en réalité de telles économies dont profite un organisme public comme la Commission des accidents du travail.

Dans votre mémoire, docteure Oetter, vous avez dit que ceux qui laissent entendre qu'il est possible de réduire suffisamment les frais d'administration du système pour compenser la montée des coûts se font des illusions. Je peux comprendre l'application générale de cette affirmation, mais nous avons eu des exemples plus pertinents. Un témoin a parlé hier d'un établissement médical ou d'un hôpital en particulier où en 20 ans, la direction est passée d'un président et d'un adjoint qui géraient l'hôpital à la situation actuelle, soit deux présidents, un chef de la direction et 11 vice-présidents, ce qui semble énorme. Voilà un exemple d'organisations qui semblent un peu lourdes sur le plan administratif.

L'établissement de soins pour personnes âgées à White Rock en est un autre exemple. Les gens se plaignent énergiquement parce que pendant la nuit, il y a une infirmière ou une aide-infirmière pour plus de deux douzaines de patients, ce qui dérange énormément. Lorsque les résidents ont demandé une réunion pour s'en plaindre, une armée de personnes a déferlé sur eux: nutritionniste, diététicienne, directrice de la nutrition. Un aspect sur lequel les patients étaient unanimes, c'est que l'établissement servait la plus mauvaise nourriture possible, mais il y avait une foule d'autres administrateurs — très nombreux. Il y a quelque chose qui ne semblait aller et il faudrait un examen. L'administration est-elle trop lourde et manque-t-on d'infirmières ou d'infirmières auxiliaires? Ne serait-il pas possible de réaliser des économies importantes en examinant la situation?

La Dre Oetter: Je pense qu'on réaliserait des économies. Le mythe, c'est que les économies en question suffiront à elles seules pour créer un système viable et c'est là que nous ne sommes plus d'accord. Y a-t-il encore des efficiencies à extraire du système? Il y en a, mais elles n'auront pas l'importance nécessaire pour compenser l'alourdissement des pressions qu'exercent le vieillissement de la population, la technologie, les progrès de l'heure et, certainement, l'évolution de moyens nouveaux et héroïques de sauver des vies ou de réduire les incapacités. Des efficiencies, il y en a, mais elles ne rendront pas le système viable.

Le Dr Garg: Il y a 10 ou 15 ans que les gens répètent constamment qu'il faut simplement mieux gérer le système. Le résultat de ces interventions, c'est qu'une meilleure gestion réduit le rôle des médecins actifs et des infirmières et augmente celui des gestionnaires. C'est ce dont nous parlons en réalité, et c'est

nurses should be given a greater role so that they have ownership of the system and less of the management part.

Senator St. Germain: You discourage the use of user fees, yet, with chiropractors — and I know that may be a dangerous word to use in this company, but they are great people and have kept me going for 64 years — I pay a user fee. If I want to go to a physiotherapist, I pay a user fee. Dave Barrett yesterday basically said those types of services were not flourishing the way they should as a result of user fees. I believe in user fees, and I believe as well in competition in the private clinics. Competition drives everything in our system. That is proven. The USSR tried a system without competition and that did not work. Our system is based on competition, so why not in the private hospital side?

I have basically two questions. I just cannot believe user fees would not work. If there are poor people, we will give them \$20 or \$30 or whatever they need. This system would discourage a lot of abuse. I am sure people visit you because they are lonesome and they like you as a person more than they are sick. Would you answer those questions please?

Dr. Barrett: The key word in that document is “acute.” We can consider user fees or any form of full payment as long as we consider that through the parameters that I outlined. The difficulty with user fees for acute, emergency, necessary care is that those patients have no choice. User fees will work to discourage people from accessing the system unnecessarily in a situation where they have choice. You do not have choice when you are in an acute situation. Our comment on user fees relates to that. Certainly when you discuss other areas where —

Senator St. Germain: What about the administrative costs you have here?

Dr. Barrett: The key study is the “Beck and Horne” study from Saskatchewan from the mid-1970s, which shows that user fees essentially discourage the poor and the elderly and the administrative costs were not worth the savings, in terms of utilization.

For us, the issue with user fees is the acute. If you are having a heart attack that is not the time to ask whether you have enough money or to do an assessment of your income. You should in be in the hospital and you should be looked after.

Senator St. Germain: That makes sense.

Dr. Barrett: In areas where there is more choice, sure.

Dr. Oetter: I think it depends on what you want from the user fees. Is the user fee to encourage more appropriate use of the medical system, or it to contribute a significant portion of funding to the medical system? You must consider those two issues.

vraiment la clé. Il faut donner plus d'importance aux infirmières et aux médecins actifs afin qu'ils se sentent responsables du système et réduisent celui des gestionnaires.

Le sénateur St. Germain: Vous découragez le recours aux frais d'utilisation, mais j'en paie aux chiropraticiens — et je sais que c'est peut-être un mot dangereux à utiliser en votre présence, mais ils sont excellents et me tiennent en forme depuis 64 ans. Si je veux recourir aux services d'un physiothérapeute, je paie des frais d'utilisation. Dave Barrett a déclaré essentiellement hier que ces services ne sont pas aussi prospères qu'ils devraient l'être à cause des frais d'utilisation. Je crois aux frais d'utilisation et je crois aussi à la concurrence entre les cliniques privées. La concurrence est la locomotive de tout ce qui se passe dans notre système. C'est prouvé. L'URSS a essayé un régime sans concurrence et ça n'a pas marché. Notre système repose sur la concurrence. Pourquoi donc ne pas la permettre dans le secteur des hôpitaux privés?

J'ai essentiellement deux questions. Je ne peux tout simplement croire que les frais d'utilisation ne fonctionneraient pas. Nous donnerons aux gens pauvres 20 \$, 30 \$, ou ce dont ils auront besoin. Ce système découragerait une foule d'abus. Je suis certain qu'il y a des gens qui vous consultent parce qu'ils sont seuls et vous aiment bien comme personne plus qu'ils sont malades. Pouvez-vous répondre à ces questions?

Le Dr Barrett: Le mot clé dans ce document, c'est «actif». Nous pouvons envisager les frais d'utilisation ou n'importe quelle forme de paiement intégral à condition de le faire en fonction des paramètres que j'ai décrits. Le problème avec les frais d'utilisation pour les soins actifs, d'urgence ou nécessaires, c'est que les patients en cause n'ont pas le choix. Les frais d'utilisation décourageront les gens d'avoir accès inutilement au système lorsqu'ils ont le choix. Ce qui n'est pas le cas en contexte de soins actifs. Notre commentaire sur les frais d'utilisation porte sur cet aspect. Lorsque vous discutez d'autres domaines où...

Le sénateur St. Germain: Et les frais d'administration que vous avez ici?

Le Dr Barrett: L'étude clé, c'est celle de «Beck et Horne» de la Saskatchewan, qui remonte au milieu des années 70 et montre que les frais d'utilisation dissuadent essentiellement les pauvres et les personnes âgées et que les frais d'administration ne valaient pas les économies réalisées sur le plan de l'utilisation.

Pour nous, le problème que posent les frais d'utilisation, c'est dans le domaine des soins actifs. Si vous êtes victime d'une crise cardiaque, ce n'est pas le moment de vous demander si vous avez assez d'argent, ni celui d'évaluer votre revenu. Il faut vous transporter à l'hôpital et s'occuper de vous.

Le sénateur St. Germain: C'est logique.

Le Dr Barrett: On pourrait certainement les appliquer dans les domaines où il y a plus de choix.

La Dre Oetter: Je pense que tout dépend de ce qu'on veut tirer des frais d'utilisation. Visent-ils à encourager l'utilisation plus judicieuse du système médical ou à contribuer à une partie importante de son financement? Il faut se pencher sur ces deux enjeux.

User fees must be considered, but I agree with Dr. Barrett, there is a difference between a user fee that is associated with chiropractic treatment for back pain versus a user fee in the emergency department for treatment of a broken back. Those two analogies might help set the context of where the Canadian Medical Association is coming from. Certainly at the BCMA, we believe that user fees must be considered, but in light of those kinds of things. We want to make sure that there is not a barrier to access to necessary care, especially for people with low or no income. We have to protect them.

The Chairman: Dr. Garg, just by way of follow-up for further issues, not for comment now, I assume you are now heading the policy committee nationally. Is that right?

Dr. Garg: Yes.

The Chairman: Can we, in the next 10 days or so, have a brief discussion about where your tax study, the health human resources national study that we have mentioned and that you talked about, and the issue that has also been discussed that was raised by Senator Keon earlier, which is the need for a forum that allows all stakeholders together, not simply one in which policy makers in governments operate and the stakeholders operate outside that. We should talk about where those three issues.

Dr. Garg: Yes.

The Chairman: Thank you very much for coming. We appreciate it.

Dr. Barrett: Thank you for having us. We have great expectations of you.

The Chairman: Senators, our last witnesses are Dr. Peter McLean, who is a professor and Director of the Anxiety Disorders Unit in the Department of Psychiatry at UBC and Dr. Mark Godley, who runs a private medical clinic, which we heard about when we were in Manitoba. He was not in Manitoba, but he also has a clinic in B.C., as I have just discovered, and he is here on that subject. Thank you very much for coming.

I will begin with Dr. McLean on a very important issue that, unfortunately, we have not heard as much about as we would have liked to. That is the issue of mental health. Dr. McLean, thank you for coming. We had a number of your colleagues here yesterday from UBC, including the dean and a variety of others. We are delighted to have another member of the faculty. Let us start with your opening statement and then senators will ask questions.

Dr. Peter D. McLean, Professor, Director, Anxiety Disorders Unit, Department of Psychiatry, University of British Columbia: Thank you very much for this opportunity to talk to you. I realize the brass was here from UBC yesterday and I am a bit of —

The Chairman: Now we get the people who do the work, right?

Il faut envisager les frais d'utilisation, mais je suis d'accord avec le Dr Barrett: il y a une différence entre des frais d'utilisation associés à une visite chez le chiropraticien pour faire traiter une lombalgie et des frais d'utilisation imposés au service d'urgence pour le traitement d'une fracture de la colonne. Ces deux exemples pourraient illustrer la position de l'Association médicale canadienne. Nous sommes certes d'avis, à l'AMCB, qu'il faut envisager des frais d'utilisation, mais en tenant compte de tels facteurs. Nous voulons assurer qu'il n'y a pas d'obstacles à l'accès aux soins nécessaires, particulièrement pour les gagne-petit ou ceux qui n'ont pas de revenu. Il faut les protéger.

Le président: Docteur Garg, je veux simplement donner suite à d'autres questions et non formuler des commentaires. Je suppose que vous dirigez maintenant le comité national d'étude des politiques. Est-ce exact?

Le Dr Garg: Oui.

Le président: Au cours des 10 prochains jours environ, pouvons-nous avoir une brève discussion sur l'orientation de votre étude fiscale, l'étude nationale sur les ressources humaines en santé que nous avons mentionnée et dont vous avez parlé, ainsi que sur la question abordée plus tôt par le sénateur Keon, soit le besoin d'une tribune qui accueille tous les intervenants ensemble et non simplement d'une tribune où les responsables des politiques des gouvernements agissent et dont les intervenants sont exclus. Il faudrait parler de ces trois grandes questions.

Le Dr Garg: Oui.

Le président: Merci beaucoup d'être venus. Nous l'apprécions.

Le Dr Barrett: Merci de nous avoir accueillis. Nous attendons beaucoup de vous.

Le président: Honorables sénateurs, nos derniers témoins sont le Dr Peter McLean, professeur et directeur de l'Anxiety Disorders Unit du Department of Psychiatry de l'UCB, et le Dr Mark Godley, qui dirige une clinique médicale privée et dont nous avons entendu parler lorsque nous étions au Manitoba. Il n'y était pas, mais il a aussi une clinique en Colombie-Britannique, comme je viens de le découvrir, et il vient nous parler à ce sujet. Merci beaucoup d'être venus.

Je commencerai par le Dr McLean, qui parlera d'une question très importante dont nous n'avons malheureusement pas entendu parler autant que nous l'aurions souhaité. Je veux parler de la santé mentale. Merci beaucoup d'être venu, docteur McLean. Nous avons reçu hier un groupe de vos collègues de l'UCB, y compris le doyen. Nous sommes heureux d'accueillir un autre membre du personnel enseignant. Commençons par votre déclaration préliminaire et les sénateurs vous poseront ensuite des questions.

Le Dr Peter D. McLean, professeur, directeur, Anxiety Disorder Unit, Department of Psychiatry, Université de la Colombie-Britannique: Je vous remercie beaucoup de m'offrir cette occasion de vous parler. Je sais que les dirigeants de l'UCB étaient ici hier et je suis un peu...

Le président: Nous accueillons maintenant ceux qui font le travail, n'est-ce pas?

Dr. McLean: I am a bit of a lone rabbit in that I was a late applicant to this process.

The perspective I bring is my 30 years in the mental health delivery system and in the training organization of a prominent university, and also, as founder and board member of the Anxiety Disorders Association of British Columbia, which is a non-profit, voluntary organization. I should point out that anxiety disorders represent the single largest type of mental disorder in Canada.

I was quite relieved and delighted to read your report. There are many things that are positive about this, particularly challenging the icon status of our health plan as it was stated, thinking broadly, "out of the box" and reviewing system options that are obvious in other countries.

I agree with the previous speakers that we can neither spend nor manage our way to sustainability, and I think two-tier or blended sector solutions are encouraging. I also like the idea of using technology, as in telehealth, for example, to overcome geographical problems in our country, vast as it is, which is an obvious solution. We just completed a major study in training family physicians, with over 50 rural physicians, in the recognition and treatment of mental disorders via the Web and telehealth and found it to be very successful and that it demonstrated hard learning.

I believe that there are unique issues in mental health apart from the rest of medicine or health care in Canada that require your very special attention. First of all, it is totally underestimated. There is a highly prevalent set of conditions. Conservative estimates are that one quarter of all Canadians will meet criteria for mental illness at some point in their lives. Right now, approximately 400,000 Canadians suffer from debilitating, serious mental illness.

The economic burden has been even more underestimated. Traditionally, I think we have examined direct costs, acute care costs and so on. What are much larger are the indirect costs, which would be unemployment, absenteeism, disability and so on. For just two sets of disorder symptoms, depression and anxiety, current economic modelling data show that the cost to Canada is over \$20 billion a year. That is for these two disorders.

I bring to your attention that, despite these lines of rather compelling evidence, there are significant barriers to care throughout Canada. The public does not understand mental illness and is frightened by it. Family physicians are not particularly well trained in this area. Heaven knows, they are pressed in learning to acquire much information and mental health suffers because it is not seen as acute. It is well known that 50 per cent of patients presenting to family physicians with clinical depressions are missed.

Le Dr McLean: Je suis un peu seul, car j'ai présenté ma demande un peu tard.

Le point de vue que je présente, c'est celui de mes 30 ans d'expérience dans le système de prestation des services de santé mentale et l'organisation de la formation dans une université prestigieuse. Je suis aussi membre fondateur et membre du conseil d'administration de l'Anxiety Disorders Association de la Colombie-Britannique, organisme sans but lucratif à participation volontaire. Je dois signaler que les troubles de l'anxiété représentent le principal type de trouble mental au Canada.

J'ai été très soulagé et heureux de lire votre rapport. Il contient beaucoup d'éléments positifs: en particulier, on remet en question le statut vedette de notre régime de santé, la réflexion d'envergure sort des sentiers battus et l'on aborde des options évidentes dans d'autres pays.

Je suis d'accord avec les témoins qui m'ont précédé et qui ont affirmé que nous ne pouvons garantir la viabilité par les dépenses ni la gestion. Je pense que les solutions à deux niveaux ou sectorielles combinées sont encourageantes. J'aime aussi la solution évidente que constitue la technologie, comme dans le cas de la télésanté, par exemple, pour surmonter les problèmes posés par l'étendue géographique du Canada. Nous venons de terminer, avec plus de 50 médecins ruraux, une étude d'envergure sur la formation des médecins de famille pour les aider à reconnaître et à traiter des troubles mentaux par Internet et par des techniques de télésanté. Nous avons constaté que la technologie connaît un franc succès et qu'elle démontre que les intéressés ne ménagent pas leurs efforts pour apprendre.

Des problèmes particuliers à la santé mentale séparent cette discipline du reste de la médecine ou des soins de santé au Canada et vous devez y consacrer une attention très spéciale. Tout d'abord, la discipline est tellement sous-estimée. Il y a des conditions prédominantes. Selon des estimations conservatrices, le quart de tous les Canadiens satisferont aux critères relatifs à la maladie mentale un jour ou l'autre. Quelque 400 000 Canadiens ont actuellement une maladie mentale grave invalidante.

On a sous-estimé encore plus le fardeau économique. Je pense que nous avons toujours analysé les coûts directs, les coûts des soins actifs, et cetera. Les coûts indirects, c'est-à-dire ceux qu'entraînent le chômage, l'absentéisme, l'incapacité, et cetera, sont beaucoup plus élevés. Dans le cas de deux groupes de symptômes de troubles seulement, soit la dépression et l'anxiété, les données courantes tirées de modélisations économiques montrent que deux troubles seulement coûtent plus de 20 milliards de dollars par année au Canada.

J'attire votre attention sur le fait qu'en dépit de ces données probantes plutôt convaincantes, il y a des obstacles importants aux soins partout au Canada. Le public ne comprend pas les maladies mentales, qui lui font peur. Les médecins de famille n'ont pas reçu une formation particulièrement solide dans ce domaine. Dieu sait qu'ils sont poussés à apprendre énormément et la santé mentale en souffre parce qu'on ne la considère pas comme un problème aigu. On sait très bien que les troubles de 50 p. 100 des patients qui se présentent à un médecin de famille ne sont pas diagnostiqués lorsqu'ils sont en état de dépression clinique.

The average period of time, from onset to the treatment of obsessive compulsive disorder, which is a particularly serious anxiety disorder, is well over 10 years. The patients are often schoolchildren.

One of the problems is that mental health care is strongly biased towards acute care. In effect, we have to "grow" the problem. There are prevention programs that have established efficacy for some, but not all, mental disorders. Certainly there is a strong case for early intervention, but the difficulty is that they are not picked up at that time. We, in effect, have to grow the problem and then treat patients expensively once the disorder is well established and the person is relatively dysfunctional.

Inadvertently, we have created a system that permits this to occur in terms of a self-serving and self-perpetuating system. We must move toward more community-based care rather than hospital bed care in this area. We must train providers in evidence-based treatments, which, I can confirm, we simply do not. We must focus on early intervention. We have to broaden the concept of providers. We have almost exclusively, at the top end, medical providers that bring medical treatments to a disorder for which there is no known physical pathology. We expect that there will be, as genetic studies continue, but at the moment, there is no evidence for organic pathology in any mental disorder, which is compelling enough to complete for the entire disorder. We are left with psychosocial determinants. I would suggest to the committee that must have ecumenical solutions to this to be effective.

I offer five suggestions for your consideration. We must have system incentives for prevention and early intervention. We have to foster competition for breadth of knowledge and for economic and available treatments in a variety of ways. One model may very well be, as you mentioned regarding Sweden, Senator Kirby, in effect individualized payments where sufferers can seek their own provider as long as that provider is on a registrar of competent individuals. At the moment in Canada, we deny, I would suggest, free choice of a doctor. What we have is free choice of a medical doctor, not free choice of all doctors.

The Chairman: In the second context, are you using a Ph.D. as a doctor?

Dr. McLean: Correct.

We must make, as your report considers, the contrast between the cottage industry organization and modern, specialized, hierarchically-fed forms of expertise. That should be done through the model of shared care, wherein we have regionally-distributed primary care physicians and mental health workers who are at the coal face dealing with their patients, who often have need for expertise. With the technology available to us today, through the Web or telehealth, we can access that cheaply, without physically transporting either doctor or patient to that source. That has been demonstrated. The difficulty is that we do not have that set up

Il s'écoule en moyenne plus de 10 ans entre l'apparition du trouble obsessionnel-compulsif, trouble de l'anxiété particulièrement grave, et le traitement. Les patients sont souvent des enfants d'âge scolaire.

Un des problèmes, c'est que les soins de santé mentale sont fortement axés sur les soins actifs. En réalité, il faut que le problème «s'aggrave». Des programmes de prévention ont démontré leur efficacité dans le cas de certains troubles mentaux seulement. On peut certainement invoquer des arguments solides en faveur de l'intervention rapide, mais la difficulté, c'est que les problèmes ne sont pas définis à ce stade. Il faut en réalité que le problème s'aggrave et que l'on traite ensuite les patients à grands frais lorsque le trouble est bien défini et que la personne en cause est relativement dysfonctionnelle.

Nous avons créé par inadvertance un système qui permet que cela se produise, un système intéressé et auto-perpétué. Dans ce domaine, il faut donner plus d'importance aux soins communautaires qu'à l'hospitalisation. Nous devons former des prestataires pour qu'ils administrent des traitements factuels et ce n'est tout simplement pas ce que nous faisons. Nous devons concentrer les efforts sur l'intervention rapide. Il faut élargir le concept des prestataires. Au sommet de la pyramide, nous avons presque seulement des médecins qui traitent médicalement un trouble qui ne présente aucune pathologie physique connue. Nous nous attendons à ce qu'il y en ait, car les études de génétique se poursuivent, mais pour le moment, il n'y a aucun trouble mental qui présente une pathologie organique assez convaincante pour compléter le trouble. Il nous reste les déterminants psychosociaux. Si nous voulons être efficaces, il faut des solutions globales.

Je vous présente cinq suggestions. Il faut des incitations systémiques à la prévention et à l'intervention rapide. Il faut favoriser par toutes sortes de moyens la concurrence qui s'applique à l'étendue du savoir, aux questions économiques et aux traitements disponibles. Comme vous l'avez mentionné au sujet de la Suède, sénateur Kirby, un modèle pourrait très bien être celui des paiements individualisés dans le contexte duquel les personnes qui ont des problèmes peuvent chercher leur propre prestataire à condition que celui-ci soit inscrit à un registre de personnes compétentes. Pour le moment, nous refusons à mon avis le libre choix du médecin au Canada. Ce que nous avons, c'est le libre choix entre les docteurs en médecine et non entre tous les titulaires d'un doctorat.

Le président: Dans le deuxième contexte, vous utilisez un titulaire d'un doctorat comme médecin?

Le Dr McLean: C'est exact.

Comme on l'indique dans votre rapport, il faut établir la comparaison entre l'organisation artisanale et les formes de compétences spécialisées modernes et hiérarchisées. Il faudrait le faire dans le contexte du modèle des soins partagés, où l'on répartirait à l'échelle nationale les médecins de premier recours et les travailleurs de la santé mentale qui sont aux premières lignes et traitent leurs patients, qui ont souvent besoin de compétences spécialisées. La technologie disponible aujourd'hui par Internet ou la télésanté permettent d'avoir accès à ces services à peu de frais sans transporter physiquement le médecin ou le patient. C'est

through a centre of excellence by disorder arrangement, and more particularly, we do not have any facility yet to pay for it, so it does not happen.

I would also suggest that all publicly supported mental health training institutions, primarily universities, should be required to train their respective practitioners in evidence-based treatments in order to gain or retain accreditation. I work in an institution that trains people in techniques that have not changed in 80 years.

The Chairman: Was that eighty years?

Dr. McLean: That was eighty years.

There is no system incentive. If you have a mental health problem and you go to a mental health community centre and see whoever you see, a case manager who is whatever, or if you go to see a psychiatrist — I am excluding family physicians simply because they are too busy — with these folks, there is no way of knowing what goes on in there. You could undergo age regression, have seashell therapy or whatever, paid for by the public account. It is not supervised. There is no accountability, and what is worse, we are still training people in a variety of these sorts of historical treatments.

The UBC educational counselling does this, and many of those people filter into the mental health delivery system. Psychiatry does it. Primary care physicians are taught a little bit. It is a time crunch problem for them. Some universities and clinical psychology departments do it and others do not. The point is that there is no need and no incentive. That must be addressed and integrated so that institutions that are producing people who will be at the delivery phase are tethered somehow to a currently acceptable and accountable system.

Finally, an obvious offshoot of that is that once they are out they will revert to whatever behaviour the payment structure provides, so, naturally, we must ensure that there is some form of supervision and accountability on an ongoing basis.

In conclusion, we have the health care delivery system in mental health that we have paid for, and it could be improved dramatically with some moderate level of modifications.

The Chairman: Thank you for that. I have a lot of questions, but I will turn now to Dr. Mark Godley.

We actually heard a fair bit about Dr. Godley's clinic because he operates one in Manitoba as well as here. I will say, Dr. Godley, as you can imagine if you looked over our witness list, not everything we heard about your Manitoba clinic was positive in the sense that there are a number of people for whom the whole notion of a private clinic is an emotional issue. We had emotional testimony on your behalf, both for you and against you, when we were in Winnipeg — not you personally, but on the

prouvé. La difficulté, c'est que nous ne sommes pas organisés par centres d'excellence spécialisés et, plus particulièrement, que nous n'avons pas encore de facilité de paiement. C'est pourquoi il ne se passe rien.

Tous les établissements de formation en santé mentale subventionnés par le secteur public, et principalement les universités, devraient en outre être tenus de donner à leurs praticiens respectifs une formation sur les traitements factuels afin d'obtenir ou de garder leur agrément. Je travaille dans un établissement où la formation porte sur des techniques qui n'ont pas changé depuis 80 ans.

Le président: Vous avez dit 80 ans?

Le Dr McLean: En effet.

Il n'y a pas d'incitation dans le système. Si vous avez un problème de santé mentale et si vous vous présentez à un centre communautaire de santé mentale et consultez quelqu'un, soit un responsable de cas qui a n'importe quelle spécialisation, ou si vous vous adressez à un psychiatre — j'exclus les médecins de famille tout simplement parce qu'ils sont trop occupés — il n'y a aucun moyen de savoir ce qui se passe dans ces centres. Vous pourriez recevoir une thérapie de régression, un traitement aux coquillages de mer ou peu importe, payé par le Trésor. Les services ne sont pas supervisés. Il n'y a pas d'obligation de rendre compte et le pire, c'est que nous donnons encore de la formation dans toutes sortes de vieilles méthodes semblables.

Les services d'orientation de l'UCB procèdent ainsi et beaucoup de ces gens aboutissent dans le système de prestation de soins de santé mentale. La psychiatrie fait de même. On enseigne certaines choses aux médecins de premier recours. Dans leur cas, il y a un problème de temps. Des universités et des départements de psychologie clinique le font et d'autres ne le font pas. Ce que je veux dire, c'est qu'il n'y a aucun besoin ni aucune incitation. Il faut s'attaquer au problème et intégrer la question de telle façon que les établissements qui forment les futurs prestataires de services sont attachés d'une manière ou d'une autre à un système actuellement acceptable et redditionnel.

Il y a enfin une conséquence évidente: une fois qu'ils sont sortis, ils se comportent de la façon permise par la structure de paiement. C'est pourquoi il faut naturellement nous assurer qu'il existe constamment une forme quelconque de supervision et d'obligation de rendre des comptes.

En terminant, nous avons, dans le domaine de la santé mentale, le système de prestation des soins de santé que nous avons payé et que des modifications modestes pourraient améliorer de façon spectaculaire.

Le président: Merci. J'ai une foule de questions, mais je passe maintenant la parole au Dr Mark Godley.

Nous avons en fait beaucoup entendu parler de la clinique du Dr Godley parce qu'il en exploite une au Manitoba, et une autre ici. Comme vous pouvez l'imaginer en jetant un coup d'œil sur notre liste de témoins, docteur Godley, on n'a pas toujours dit que du bien au sujet de votre clinique du Manitoba, car le concept d'une clinique privée soulève des émotions chez beaucoup de gens. Lorsque nous sommes passés à Winnipeg, nous avons entendu des témoignages marqués par l'émotion qui ont été tant

clinic idea. We are delighted to have you here to tell us about the clinic.

Since we want to make sure we have time for questions, can you focus on two things: Who are your patients and what do you see as the advantages and/or disadvantages of the clinic you operate, and is the structure different here from that in Manitoba?

Dr. Mark Godley, Maples Surgical Centre: Thank you for allowing me the opportunity to be here.

I will leave documentation that outlines our evidence and our experience over the last three to four years in British Columbia. You can examine that evidence and we can also talk about how what we have done in British Columbia has resulted in contributions to the overall health of Canadians in British Columbia and so on. We can also consider the recommendations.

Just as background, I am an anaesthesiologist and in British Columbia in 1995, when I graduated, the policy-makers in health care delivery were examining reducing costs of health care and one of the recommendations was to reduce operating room time. Subsequently, I found myself lacking the opportunity to find a permanent position as an anaesthesiologist in British Columbia, so I had to consider an alternative delivery system in which I could practice my vocation, which is anaesthesiology. We opened the False Creek Surgical Centre, which is a multi-disciplinary, free-standing surgical facility in downtown Vancouver.

It is important to get an understanding of what ambulatory surgical centres are and what private ambulatory surgical centres are before we go any further. There are many office-based practitioners who perform plastic surgery and maybe other smaller procedures such as cataract surgery and so on, but what we are talking about here is a truly multidisciplinary, functional, free-standing, away from the hospital, private, ambulatory surgical centre. There are not a whole lot of those in Canada today.

It is important to examine the experience of the United States. The first ambulatory surgical centre opened in the United States in 1970. Today there are over 2,700 of these centres, providing an alternative route for the delivery of surgical services. This gives people choice. Today, in Canada, people do not have choice over their delivery system. They have only one choice, and that is a monopoly, medicare, that is government funded and universally accessible, supposedly. We must understand that. That is the first thing.

In the system in the United States, let us take, for instance, two of the big third party payers, Medicare and Medicaid. Seventy-eight million Americans can access over 2,000 different types of procedures within these ambulatory, free-standing, privately owned and operated facilities. This brings competition into the picture. Competition — what we have heard about over the last two hours that I have been listening to the other speakers

positifs que négatifs au sujet du concept de la clinique et non pas de vous personnellement. Nous sommes heureux de vous accueillir pour que vous nous parliez de la clinique.

Comme nous voulons être certains d'avoir du temps pour les questions, pouvez-vous nous parler surtout de deux choses: qui sont vos patients et quels sont, selon vous, les avantages et les inconvénients de la clinique que vous exploitez, et la structure de votre clinique ici diffère-t-elle de celle du Manitoba?

Le Dr Mark Godley, Maples Surgical Centre: Je vous remercie de me permettre de venir témoigner.

Je vous laisserai des documents qui présentent nos données et décrivent notre expérience des trois ou quatre dernières années en Colombie-Britannique. Vous pourrez étudier ces données et nous pourrons aussi décrire comment ce que nous avons fait en Colombie-Britannique a contribué à l'état de santé global des Canadiens de la province, et cetera. Nous pouvons aussi nous pencher sur les recommandations.

Pour établir un peu le contexte, je suis anesthésiologiste et lorsque j'ai obtenu mon diplôme en Colombie-Britannique en 1995, les responsables des politiques sur la prestation des soins de santé étudiaient des façons de réduire les coûts des soins de santé. Ils ont recommandé notamment de réduire le temps en salle d'opération. Je me suis retrouvé par la suite sans poste permanent comme anesthésiologiste en Colombie-Britannique et c'est pourquoi j'ai dû envisager un autre mode de prestation qui me permettrait de pratiquer ma profession, soit l'anesthésiologie. Nous avons ouvert le False Creek Surgical Centre, établissement chirurgical indépendant multidisciplinaire, au centre-ville de Vancouver.

Avant d'aller plus loin, il importe de comprendre la nature des centres chirurgicaux ambulatoires. Il y a beaucoup de praticiens qui oeuvrent en cabinet et pratiquent la chirurgie esthétique et font peut-être d'autres interventions de moindre envergure comme la chirurgie de la cataracte, et cetera., mais nous parlons ici d'un centre chirurgical ambulatoire privé multidisciplinaire, fonctionnel, autonome et indépendant de l'hôpital. Il n'y en a pas beaucoup au Canada.

Il importe de se pencher sur l'expérience des États-Unis, où le premier centre chirurgical ambulatoire a ouvert ses portes en 1970. Il y en a maintenant plus de 2 700 qui offrent une solution de rechange à ceux qui ont besoin de services chirurgicaux. Les gens ont ainsi le choix. Au Canada, les gens n'ont pas le choix du système de prestation. Il n'y a qu'un choix, et c'est un monopole. Je parle de l'assurance-maladie financée par le gouvernement et qui est censée être d'une accessibilité universelle. C'est ce qu'il faut commencer par comprendre.

Dans le système américain, prenons par exemple deux des trois gros tiers payeurs, Medicare et Medicaid. Ces cliniques ambulatoires et autonomes possédées et exploitées par des intérêts privés donnent à 78 millions d'Américains accès à plus de 2 000 types différents d'interventions. Elles créent aussi de la concurrence. La concurrence — et c'est ce dont les autres témoins parlent depuis deux heures — donne et donnera aux

— gives Canadians, and will afford Canadians, the luxury of at least being able to choose where they receive their care, which is something they do not have today.

I will address Senator Kirby's question about what patients we treat and where they come from.

We believe in the Canada Health Act, in the five principles, except that we add another principle, which is quality of care. That is something that we do not find too much in the principles of the Canada Health Act. Quality is very important and part of quality is access to care. We are talking about giving people choice to access services, not rationing their services.

What we are accomplishing is being able to provide services to peoples who fall outside the Canada Health Act. We have been able to take advantage of moving our centre from primarily providing uninsured, non-medically necessary services to providing necessary medical services because we are able to perform these services for people who fall outside the Canada Health Act. WCB is an example. RCMP is another example. There are over 36 groups of Canadians, in British Columbia alone, who fall outside the Canada Health Act and can receive services in of our surgical facility. In a sense, this has been a good thing because it has meant that these people have come off the waiting lists and that has allowed space for other people to move up on the waiting lists. At the same time, it has introduced unfairness.

Everybody in Canada talks about the fact that all should have access to health care on an equal basis. What about people not having access at all? What about people who do have money to pay for surgical services? Is it right to deny them the choice to use a facility if they have the means? That is part of what I have to say.

I will now discuss the Maples Surgical Centre in Manitoba. We went to Manitoba with the expressed interest from the Workers' Compensation Board to enter into an expedited surgical program similar to that in British Columbia, where, as we have heard, there have been massive savings in expediting surgical services for the clients and the patients of the WCB. Brian Day yesterday told you that there was a savings of over \$92 million last year just in lost wages alone. That savings is not in all aspects of delivering timely surgical services. That is just in lost wages because that could be measured. As Senator Lawson mentioned earlier, how do we measure the cost of a person being on a waiting list? This is an example of a measurement of a cost of being taken off the waiting list and of the savings.

WCB, across the country, as a Crown corporation that has different governance in different provinces, has been examining this. We have been approached by the Workers' Safety Insurance Board of Ontario to consider setting up a similar project.

Yes, we work within the realm of the Canada Health Act. That is to answer your question.

Canadiens le luxe de pouvoir au moins choisir quand recevoir des soins. Ils n'ont pas ce choix aujourd'hui.

Je vais répondre à la question du sénateur Kirby au sujet des patients que nous traitons et de leur origine.

Nous croyons à la Loi canadienne sur la santé et à ses cinq principes, sauf que nous en ajoutons un autre, soit la qualité des soins. C'est un élément qui n'est pas très présent dans les principes de la Loi canadienne sur la santé. La qualité est très importante et l'accès aux soins en constitue une partie. Nous parlons de donner à la population le choix de l'accès aux services et non de les rationner.

Nous offrons des services aux gens qui ne sont pas couverts par la Loi canadienne sur la santé. Nous avons pu profiter de l'occasion pour transformer notre centre qui dispensait principalement des services non assurés et non nécessaires médicalement en centre qui dispense des services médicaux nécessaires parce que nous pouvons les offrir aux gens qui ne sont pas couverts par la Loi canadienne sur la santé. La CAT est un exemple. La GRC en est un autre. En Colombie-Britannique seulement, il y a plus de 36 groupes de Canadiens qui ne sont pas couverts par la Loi canadienne sur la santé et peuvent recevoir des services dans notre centre de chirurgie. Ce qui est bon dans un certain sens, parce que ces gens ont quitté les listes d'attente et laissé la place à d'autres. Par ailleurs, il en a découlé de l'iniquité.

Tout le monde au Canada parle du fait que l'accès aux soins de santé devrait être égal pour tous. Que dire des gens qui n'y ont pas accès du tout? De ceux qui ont les moyens de payer des services de chirurgie? Est-il juste de leur refuser le choix d'utiliser un établissement s'ils en ont les moyens? C'est un élément de ce que j'ai à dire.

Je vais maintenant vous parler du Maples Surgical Centre au Manitoba. Nous nous sommes installés au Manitoba parce que la Commission des accidents du travail s'est dite intéressée à lancer un programme de chirurgie accélérée semblable à celui de la Colombie-Britannique où, comme on l'a dit, les services accélérés de chirurgie ont entraîné des économies énormes pour les clients et les patients de la CAT. Brian Day vous a dit hier qu'on avait évité des dépenses de plus de 92 millions de dollars en salaires perdus seulement. Ce total ne s'applique pas à tous les aspects de la prestation rapide de services chirurgicaux. On parle de salaires perdus seulement parce que c'est mesurable. Comme le sénateur Lawson l'a dit plus tôt, comment peut-on mesurer ce que coûte la présence d'une personne sur une liste d'attente? Voilà un exemple de mesure du coût de la présence d'une personne sur une liste d'attente et des économies qui en découlent lorsqu'elle n'y est plus.

Comme société d'État régie différemment dans des provinces différentes, la CAT se penche sur la question d'un bout à l'autre du Canada. La Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail de l'Ontario nous a demandé d'envisager de lancer un projet semblable.

Pour répondre à votre question, oui, nous oeuvrons dans le champ d'application de la Loi canadienne sur la santé.

The Chairman: Can I just be clear that your patients are either WCB patients or the patients of some other group that is excluded under the Canada Health Act?

Dr. Godley: That is correct.

The Chairman: Can they be non-Canadians who, therefore, pay privately? You do not have Canadian residents, who are normally covered by medicare, coming to your clinic as patients.

Dr. Godley: Yes, we do.

The Chairman: Are you paid by medicare for those procedures?

Dr. Godley: No, we are not. We are paid by a third party.

The Chairman: Are you paid by a third party such as an insurance company?

Dr. Godley: Great-West Life is an example.

The Chairman: Okay, I understand the structure then.

Dr. McLean, just as a comment on what I think was an outstanding brief, it is a fact that a number of members of our committee and our various extended families have had dealings — extensive dealings in my own case, as part of my extended family — with the mental health system in the country. Your recommendations resonate very strongly with me, although I will be honest, I am stunned to hear them coming from a psychiatrist.

Dr. McLean: I am a psychologist.

The Chairman: You are a psychologist, but you are in the department of psychiatry. I assumed you were a psychiatrist.

Your views are so heretical, as you said, on much of the way mental health is practised. Are you a lone wolf or is there a group of people like you with whom we could have a more extensive conversation? Your comments about the focus in mental health being on drugs and not necessarily going to the most appropriate person, and so on, is not what one would normally get, I suspect, if we talked to the Canadian college of psychiatrists, or whatever the association is called.

Dr. McLean: Let me clarify that. I do not want to leave you with the impression that there is an exclusive emphasis on pharmacological approaches. Rather, I would like to point out that if you have people who are virtually exclusively trained in that area, on the somatic side, it is no surprise that people do what they are familiar with. Furthermore, there is a very important role for pharmacotherapy in mental illness — flat out. I am not against medications.

The Chairman: I did not take it that way.

Dr. McLean: Okay, good. Very often a blended treatment is highly appropriate.

In answer to your question, yes, there are a number of spokespeople who would tell you the same thing. For example, four years ago Health Canada published a report commissioned by several people from Ontario. Dr. Richard Swinson, current head of the Department of Psychiatry at McMaster University, was

Le président: Pour préciser la question, peut-on dire que vos patients sont des patients de la CAT ou d'un autre groupe exclu de l'application de la Loi canadienne sur la santé?

Le Dr Godley: C'est exact.

Le président: Peut-il s'agir de non-Canadiens qui paient par conséquent de leur poche? Vous ne traitez pas de résidents canadiens normalement couverts par l'assurance-maladie qui se présentent à votre clinique comme patients.

Le Dr Godley: Oui, nous le faisons.

Le président: Les interventions que vous pratiquez sont-elles payées par l'assurance-maladie?

Le Dr Godley: Non. Nous sommes payés par un tiers.

Le président: Comme une compagnie d'assurance?

Le Dr Godley: La Great-West, par exemple.

Le président: Très bien, je comprends alors la structure.

Docteur McLean, j'ai un commentaire seulement sur ce que je considère comme un mémoire exceptionnel: des membres du comité et de nos diverses familles élargies ont eu affaire au système de santé mentale du Canada — et ces contacts ont été fréquents dans mon cas, dans le contexte de ma famille élargie. Je comprends très bien vos recommandations même si, et je serai honnête, je suis étonné de les entendre de la bouche d'un psychiatre.

Le Dr McLean: Je suis psychologue.

Le président: Vous êtes psychologue, mais vous travaillez au service de psychiatrie. J'ai supposé que vous étiez psychiatre.

Comme vous l'avez dit, vous avez des opinions tellement hérétiques sur une grande partie de la pratique de la santé mentale. Faites-vous cavalier seul ou y a-t-il des gens comme vous avec qui vous pourriez échanger plus à fond? Vous avez dit que la santé mentale est axée sur les médicaments et ne permet pas nécessairement de s'adresser à la personne la plus compétente, et cetera. Ce n'est pas ce qu'on entendrait normalement, je suppose, si l'on s'entretenait avec l'ordre des psychiatres, ou peu importe le nom de l'association.

Le Dr McLean: Permettez-moi de préciser. Je ne veux pas vous donner l'impression qu'on met l'accent exclusivement sur la pharmacologie. Je signale plutôt que si l'on a des gens qui ont reçu, seulement dans ce domaine ou à peu près, une formation qui porte sur les aspects somatiques, il ne faut pas s'étonner de les voir faire ce qu'ils connaissent bien. La pharmacothérapie a de plus un rôle très important à jouer dans le domaine de la santé mentale — c'est certain. Je ne suis pas contre les médicaments.

Le président: Ce n'est pas ce que j'avais conclu.

Le Dr McLean: Très bien. Très souvent, un traitement conjugué convient très bien.

Pour répondre à votre question, il y a des porte-parole qui vous diraient la même chose. Il y a quatre ans, par exemple, Santé Canada a publié un rapport commandé par plusieurs intervenants de l'Ontario. Le Dr Richard Swinson, qui dirige actuellement le Département de psychiatrie de l'université McMaster, a été le

co-author on a document dealing with evidence-based treatments for anxiety disorders.

Earlier this year, the University of Toronto's Department of Family and Community Medicine published a very important document on guidelines for the treatment of anxiety disorders in primary care. If one examines that, as I encourage you to do, one will find that the treatment of choice is very often, or equally often anyway, cognitive behaviour therapy, which is a psychological treatment that is evidence-based.

The other treatment of choice is pharmaco-therapy, for which exact medication and indications, of course, vary. This group and Swinson's group years prior have taken advantage of an awful lot of expertise, nationally and internationally, primarily with physicians, but of all sorts of people knowledgeable on this, and have come up with these two as in the top tier of treatments for at least this set of disorders. You could do the same for schizophrenia, depression and so on.

So, if you move to evidence-based treatments, there is a finite number that are paying the rent in terms of demonstrating results.

The Chairman: Is there an organization that includes a lot of people like you? I am surprised we found a psychologist in the Department of Psychiatry to begin with, but if we wanted to talk to a national organization, or a collection of people like you, where would we find them?

Dr. McLean: Many of my colleagues in the Canadian Psychiatric Association would support what I am saying. In a way, this is motherhood. How could you not argue for evidence-based treatments? The opposite is to say that we will use taxpayers' money to treat people with something that we do not know works. In many ways, it is motherhood. I would think that Dr. Richard Swinson would be glad to give you suggestions as well.

Senator LeBreton: That is interesting. I know Dr. Swinson very well because he just completed a term on the board of directors of Mothers Against Drunk Driving, where I worked with him very closely. We should try, when we are in Toronto, to have him as a witness.

Dr. McLean, you talked about the issue of mental health, and you said one-quarter of all Canadians meet the diagnostic criteria. You went on to say 50 per cent are missed. Is there another 50 per cent over and above that are missed in the system? When you talk about 400,000 Canadians, is there a possibility that there is another 50 per cent more than those 400,000 that have been missed?

Dr. McLean: Absolutely. What I meant to communicate was that not everybody presents to the family physician. People may not even be aware that they have a mental disorder. For example, if I could just briefly illustrate with the sets of disorders I work with most, anxiety disorders, these people are cognitively intact. They are not psychotic. They are not kicking up a fuss at midnight at the 7-Eleven or pushing people into trains. Consequently, they

coauteur d'un document portant sur les traitements factuels des troubles de l'anxiété.

Plus tôt cette année, le Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto a publié un document très important sur les lignes directrices relatives au traitement des troubles de l'anxiété dans le domaine des soins primaires. À la lecture du document, et je vous encourage à le lire, on constate que le traitement de choix est très souvent, ou tout aussi souvent de toute façon, une thérapie cognitivo-comportementale, c'est-à-dire un traitement psychologique factuel.

L'autre traitement de choix, c'est la pharmacothérapie. Dans ce cas, les médicaments et les indications exactes varient, bien entendu. Notre groupe et celui du Dr Swinson auparavant ont profité d'une importante masse de compétences spécialisées à l'échelle nationale et internationale, et principalement de celle des médecins, mais aussi de toutes sortes de gens bien informés à ce sujet, qui considèrent ces deux traitements comme les principaux traitements au moins contre cette série de troubles. On pourrait faire la même chose dans le cas de la schizophrénie, de la dépression, et cetera.

Si l'on passe aux traitements factuels, il y en a donc un nombre limité qui donnent des résultats.

Le président: Y a-t-il une organisation qui regroupe beaucoup de gens comme vous? Je suis étonné de constater qu'il y a un psychologue au Département de psychiatrie, mais si nous voulions parler à une organisation nationale ou à un groupe de gens comme vous, où pourrions-nous les trouver?

Le Dr McLean: Beaucoup de mes collègues de l'Association des psychiatres du Canada appuieraient mes propos. C'est l'évidence même, d'une certaine façon. Comment ne pas appuyer les traitements factuels? Le contraire consiste à dire que nous utiliserons l'argent des contribuables pour donner aux gens des traitements que nous savons inutiles. À de nombreux égards, c'est l'évidence même. Je pense que le Dr Richard Swinson serait heureux de vous présenter lui aussi des suggestions.

Le sénateur LeBreton: C'est intéressant. Je connais très bien le Dr Swinson parce qu'il vient de terminer un mandat au conseil d'administration de l'organisme Les Mères contre l'alcool au volant, où j'ai travaillé de très près avec lui. Il faudrait essayer de l'entendre comme témoin lorsque nous serons à Toronto.

Docteur McLean, vous avez parlé de la question de la santé mentale et vous avez dit qu'un quart des Canadiens satisfont aux critères de diagnostic. Vous avez ajouté ensuite que la moitié des cas ne sont pas diagnostiqués. Y a-t-il une autre tranche de 50 p. 100 et plus de sujets qui sont oubliés dans le système? Lorsque vous parlez d'environ 400 000 Canadiens, se peut-il qu'il y ait une autre tranche de 50 p. 100 en plus des 400 000 cas non diagnostiqués?

Le Dr McLean: Certainement. Ce que je voulais dire, c'est que ce n'est pas tout le monde qui consulte son médecin de famille. Il se peut que des gens ne sachent même pas qu'ils ont un trouble mental. Par exemple, si je peux vous donner un bref exemple fondé sur les troubles sur lesquels je travaille le plus, soit ceux de l'anxiété, les sujets en question n'ont pas de problèmes de cognition. Ils n'ont pas de psychose. Ils ne font pas de crises à

are ignored. This is helped by the fact that they are highly avoidant and embarrassed, and they frequently hang out in their parents' basements, forever, on disability. They often present to their family physicians for other problems but may not volunteer information that they have one or the other of these disorders. I think that the solution is public education.

Senator LeBreton: My next question is a public education question. One of the problems with mental illness is that people, who may recognize they need help, fear negative social stigma could affect their jobs or their ability to participate in the community. How do you help people who require treatment for mental illness to overcome the fear of social stigma and seek help?

Dr. McLean: Frankly, and with due respect to the various and sundry organizations such as Canadian Mental Health Association, various schizophrenia societies, mood disorder groups and so on that have been trying to do this for a long time, I think they have it wrong. I think what they are trying to do is usher people into medical treatment. That has been their *modus operandi* in terms of telling people what to do. What that does is frighten people.

People do not understand the differences between mental illnesses. Somebody comes to me with a panic disorder, which is drop-dead easy to treat, relatively, and says, "I am worried that I will be psychotic. Will I end up in Riverview Hospital? Will I lose my job and my marriage? Will my kids visit me simply on my birthday and Christmas and say, Hi, Dad?" That is a typical question. They have no idea.

What we must do, in the way of public education, is differentiate among the mental health disorders and point out that, for some, not all — schizophrenia tends to be dichotomous, like pregnancy — but most disorders tend to be continuous. You can be a little anxious or a little bit depressed as opposed to clinically so. It is a continuum.

It would help to point out, for example, how many model Canadians have successfully dealt with these kinds of issues or are dealing with them currently and functioning just fine. I think that the schizophrenia societies, for example, should get successful Canadians who have a diagnosis of schizophrenia, are well-managed on medications and are captains of industry or whatever their jobs are, to come forward. That would be radical for them to do so, but I think it is necessary if we are to win the battle of public education.

Senator LeBreton: I have one question for Dr. Godley. I was just looking at your statistics at the False Creek Surgical Centre and the breakdown of your cases. You note 80 colonoscopies here and you have noted three as being positive for colon cancer. How do those people get to the clinic? Were they referred by someone? Was this preventative surgery that most of them were getting? I am just curious as to why you would have 80 cases. One almost

minuit au dépanneur ou ne jettent personne devant un train. On les oublie donc, surtout parce qu'ils font tout pour éviter la confrontation et sont embarrassés. Ils se terrent souvent chez leurs parents, handicapés en permanence. Ils consultent souvent leur médecin de famille pour d'autres problèmes, mais ils peuvent très bien ne pas lui avouer qu'ils ont l'un ou l'autre de ces troubles. La solution passe à mon avis par la sensibilisation du public.

Le sénateur LeBreton: Ma prochaine question porte sur la sensibilisation du public. Un des problèmes que pose la maladie mentale, c'est que des personnes qui peuvent savoir qu'elles ont besoin d'aide craignent que des stigmates sociaux négatifs aient des répercussions sur leur emploi ou sur leur capacité de participer à des activités communautaires. Comment aidez-vous les gens qui ont besoin de traitement contre une maladie mentale à surmonter la crainte du stigmate social et à demander de l'aide?

Le Dr McLean: Franchement, et avec tout le respect que je dois aux diverses organisations comme l'Association canadienne pour la santé mentale, diverses sociétés de schizophrénie, des groupes des troubles de l'humeur, et cetera, qui essaient depuis longtemps, ces intervenants s'y prennent de la mauvaise façon. Ils essaient à mon avis d'orienter les gens vers le traitement médical. C'est ainsi qu'ils fonctionnent en disant aux gens quoi faire. Ce qui terrifie tout simplement les intéressés.

On ne comprend pas les différences entre les maladies mentales. Quelqu'un vient me consulter avec un trouble de la panique, qui est extrêmement facile à traiter, tout compte fait, et me dit: «Je crains d'avoir une psychose. Aboutirai-je à l'Hôpital Riverview? Perdrai-je mon emploi et mon conjoint? Mes enfants viendront-ils me rendre visite seulement le jour de mon anniversaire et à Noël?» Il s'agit là d'une question typique. On ne sait vraiment pas.

Ce qu'il faut faire pour sensibiliser la population, c'est distinguer les troubles de la santé mentale et signaler que dans certains cas seulement — la schizophrénie a tendance à produire une dichotomie, comme la grossesse — la plupart des troubles ont tendance à être continus. Une personne peut être un peu anxieuse ou un peu déprimée au lieu de l'être cliniquement. C'est un continuum.

Il serait utile de signaler, par exemple, combien de Canadiens exemplaires ont réussi à surmonter ces problèmes ou le font actuellement et fonctionnent parfaitement. Je pense que les sociétés de schizophrénie, par exemple, devraient demander à des Canadiens qui réussissent, chez lesquels on a diagnostiqué une schizophrénie qui est bien contrôlée par des médicaments, et qui sont des chefs de l'industrie, ou peu importe ce qu'ils font, de se faire entendre. Ce serait radical dans leur cas, mais je pense que c'est nécessaire si nous voulons remporter la bataille de la sensibilisation du public.

Le sénateur LeBreton: J'ai une question pour le Dr Godley. Je jetais un coup d'œil sur vos statistiques au False Creek Surgical Centre et sur la ventilation de vos cas. Vous indiquez avoir pratiqué 80 coloscopies, dont trois ont révélé un cancer du côlon. Comment ces patients arrivent-ils à la clinique? Y ont-ils été envoyés par quelqu'un? S'agissait-il d'une intervention chirurgicale préventive dans la plupart des cas? Je suis simplement

gets the sense that people have had this operation against the event that down the road they may develop colon cancer.

Dr. Godley: Today in British Columbia, there is no insured service fee for patients requesting screening colonoscopy. In the United States this has been endorsed so that for everybody over the age of 50, where it is felt that part of a full physical exam would entail having a colonoscopy, it is recommended. In this country it is not a recommendation because one of the problems is that if everybody over the age of 50 wished to have this procedure done, it would result in skyrocketing health care costs in this field of medicine, so the recommendation has not been pushed in Canada. Certainly, in British Columbia, the surgeons and hospitals shy away from this progression in innovation because it will result in health care costs being driven up. We have introduced this as a procedure that is performed at the expense of the patient, and, if we happen to pick up disease or a disorder, the patient can have the treatment. This is an example of 80 private colonoscopies, where we, by complete coincidence, have picked up three positive colon cancer patients. This is an example of how we are able to contribute to the community by bringing in new programs and informing the public through a forum where doctors have presentations to the public to give people the power to make decisions about their own health care.

Senator Lawson: Dr. McLean, I do not profess to understand much about mental health, but I found your presentation very refreshing. If I had someone with a problem, I would want to have a consultation with you.

Dr. Godley, I am sure you are aware that we are embarrassed, here in British Columbia, because we have a hospital building that has been built, on which we have spent millions and millions of dollars and we have 10 or 12 empty floors up there.

Dr. Godley: That is correct.

Senator Lawson: We wonder what is happening with our medicare system.

If a proposal came from the government to your clinic for a joint venture, that you would take one of those floors and operate a clinic and do these kinds of things, would you agree to that? Would you consider it?

Dr. Godley: It sounds like a great idea but I do not think it would be practical. Part of the problem is the fact that hospital is unionized and unionized labour introduces a number of issues. The first issue is rigidity in job subscription.

Senator Lawson: Yes.

Dr. Godley: Rigidity means that we lose efficiency and we lose the ability to behave as a team.

The other thing is that I believe we must move more towards allowing health care to become dispersed and more horizontal than it is with these large vertical towers of health care delivery, where we have small, focused delivery health care systems, where you would go to a centre that specifically deals with surgical needs, where you would go to a centre that specifically deals with

curieuse de savoir pourquoi vous traitez 80 cas. On pourrait presque croire que les intéressés ont subi cette intervention pour prévenir le risque d'avoir un jour le cancer du côlon.

Le Dr Godley: La coloscopie de dépistage n'est pas assurée aujourd'hui en Colombie-Britannique. Cette pratique est approuvée aux États-Unis. C'est pourquoi on la recommande chez tous les sujets âgés de plus de 50 ans lorsque l'on croit que pour que l'examen médical soit complet, l'intéressé devrait subir une coloscopie. La pratique n'est pas recommandée au Canada, notamment parce que si tous les plus de 50 ans voulaient se soumettre à cette intervention, les coûts des soins de santé dans cette discipline exploseraient. C'est pourquoi on n'a pas appuyé cette recommandation au Canada. En Colombie-Britannique, les chirurgiens et les hôpitaux ont certes peur de cette évolution de l'innovation parce qu'elle fera grimper les coûts des soins de santé. Cette intervention que nous offrons est pratiquée aux frais du patient et si elle révèle une maladie ou un trouble, celui-ci peut se faire traiter. Il s'agit là d'un exemple de 80 coloscopies privées qui, tout à fait par hasard, ont révélé trois cancers du côlon chez des patients. C'est un exemple de la façon dont nous pouvons contribuer à la collectivité en offrant de nouveaux programmes et en informant la population par l'entremise d'une tribune où les médecins présentent des exposés au public pour permettre aux gens de prendre des décisions sur leurs propres soins de santé.

Le sénateur Lawson: Docteur McLean, je ne prétends pas comprendre grand chose au sujet de la santé mentale, mais j'ai trouvé votre exposé très rafraîchissant. Si je connaissais quelqu'un qui a un problème, j'aimerais vous consulter.

Docteur Godley, vous savez, j'en suis sûr, que nous sommes embarrassés en Colombie-Britannique parce que nous avons consacré des millions de dollars à la construction d'un hôpital où il y a 10 ou 12 étages inoccupés.

Le Dr Godley: En effet.

Le sénateur Lawson: Nous nous demandons ce que devient notre système d'assurance-maladie.

Si le gouvernement proposait à votre clinique une coentreprise qui vous permettrait d'occuper un de ces étages, d'y exploiter une clinique et d'offrir ces services, accepteriez-vous? Envisageriez-vous cette possibilité?

Le Dr Godley: L'idée semble excellente, mais je ne crois pas que ce serait pratique, en partie parce que l'hôpital est syndiqué et que les syndicats ajoutent de nombreux éléments à une situation. Le premier problème est celui de la rigidité des emplois.

Le sénateur Lawson: En effet.

Le Dr Godley: La rigidité entraîne une perte d'efficacité et nous perdons la capacité d'agir en équipe.

Il faut aussi tendre davantage à laisser les soins de santé devenir plus dispersés et horizontaux que ce n'est le cas dans ces grandes tours de prestation des soins de santé où l'on retrouve de petits systèmes de santé axés sur la prestation, afin de permettre aux intéressés de s'adresser à un centre qui répond spécifiquement aux besoins chirurgicaux, aux besoins psychologiques, et cetera. Tous

psychological needs, and so on. All of these facilities would become integrated and would talk to each other and work together.

The benefits of small, integrated facilities, such as the False Creek Surgical Centre or the Cambie Surgical Centre, or having a surgical hospital, for instance, would be that you can cross-train your staff and you can become efficient. You can focus on your patient as sovereign. Patients are sovereign in this type of delivery system, and they have a bill of rights and they have more information at their disposal. Allow these small, focused facilities to compete in a healthy way.

What we would like to have is the government coming to us and saying, "We want you to abide by the Canada Health Act and how are you going to do that? We are going to publicly fund you, even though you are privately delivering services or care." In so doing, we would allow all Canadians to gain access to care in a timely, efficient way.

That is where my recommendations come in. I introduced the subject of triple bottom line. Triple bottom line accountability says that basically, to be fiscally accountable, be it a private provider or government provider, that provider should profit from the delivery of care, also, the payer must profit from that delivery and the patient must profit. That is the importance of profit. Not just one of the three providers must profit. That is the first part of the equation in triple bottom line.

The second part is access, and a good example of access is what we do with the Workers' Compensation Board. The Workers' Compensation Board of British Columbia specifically states in our contract that we will provide a service within a time frame of 21 days. That is part of the accountability equation.

Senator Lawson: Yes.

Dr. Godley: That is part of needed access. Another side of the coin is that the government, in its willingness to contract out to private facilities, will bring in that level of accountability through access.

On meeting health status indicators, we believe we meet at least seven of the 12 health status indicators that were publicly announced by the health ministers' conference of last year. That involves continual self-evaluation to have the ability, in a centre like ours, to be able to publicly broadcast and publicly state what our infection rates are, what our patient satisfaction surveys are like, what are the chances of morbidity in such a centre and, if you see such and such a doctor, what are the chances of your needing admission to hospital or referral to hospital.

There are community aspects that can be attached to this. What do you contribute to the community? We went through an interesting exercise. The False Creek Surgical Centre is the only private surgical centre in Canada that is accredited by the Canadian Council on Health Services Accreditation. This is a body that accredits every single hospital in this country. There are 1,800 hospitals. Its focus is very much on how you contribute to

ces services deviendraient intégrés, échangeraient et collaboreraient.

Les petits établissements intégrés comme le False Creek Surgical Centre ou le Cambie Surgical Centre, ou un hôpital chirurgical, par exemple, permettraient au personnel d'acquérir une formation polyvalente et de devenir efficient. On peut ainsi concentrer l'attention sur les patients, qui sont souverains dans un tel système de prestation, qui ont une charte des droits et qui ont plus de renseignements à leur disposition. Permettez à ces petits centres spécialisés de livrer une concurrence saine.

Ce que nous aimerions, c'est que le gouvernement vienne nous dire: «Nous voulons que vous vous conformiez à la Loi canadienne sur la santé. Comment allez vous vous y prendre? Nous allons vous accorder des fonds publics, même si vous dispensez des services ou des soins privés.» Nous permettrions ainsi à tous les Canadiens d'avoir un accès rapide et efficient aux soins.

C'est sur ces aspects que portent mes recommandations. J'ai présenté la question du triple bilan. La reddition de comptes fondée sur le triple bilan signifie qu'essentiellement, pour être responsable sur le plan budgétaire, qu'il soit du secteur privé ou du secteur public, le prestataire doit profiter de la prestation des soins, tout comme le payeur et le patient. Voilà l'importance du profit. Il ne faut pas qu'il y ait un seul des trois prestataires qui en profite. C'est le premier membre de l'équation du triple bilan.

Le deuxième est celui de l'accès et ce que nous faisons avec la Commission des accidents du travail en est un bon exemple. La Commission des accidents du travail de la Colombie-Britannique précise clairement dans notre contrat que nous dispenserons un service dans un délai de 21 jours. C'est là un élément de l'équation redditionnelle.

Le sénateur Lawson: Oui.

Le Dr Godley: Cela fait partie de l'accès nécessaire. L'envers de la médaille, c'est que s'il est disposé à accorder des contrats à des établissements privés, le gouvernement instaurera ce niveau additionnel par l'accès.

En ce qui concerne les indicateurs de l'état de santé, nous croyons en atteindre au moins sept sur les douze que les ministres de la Santé ont annoncés publiquement au cours de leur conférence de l'année dernière. Il faut à cette fin procéder à une autoévaluation continue afin de pouvoir, dans un centre comme le nôtre, annoncer publiquement nos taux d'infection, les résultats de nos sondages sur la satisfaction des patients, les risques de morbidité à un tel centre et les risques d'avoir besoin d'une hospitalisation ou d'une présentation à l'hôpital si vous consultez tel ou tel médecin.

Il y a des aspects communautaires qu'il est possible de relier à tout cela. Pourquoi contribuer à la collectivité? Nous avons procédé à un exercice intéressant. Le False Creek Surgical Centre est le seul centre chirurgical privé du Canada agréé par le Conseil canadien d'accréditation des services de santé, organisme qui accorde l'accréditation à chaque hôpital du Canada, qui en compte 1 800. Le Conseil accorde énormément d'attention à la façon de contribuer à

the community. It gave us some very important avenues and information on how we could do that.

The colonoscopy program is an example of that. Another example is training nurses and sending them to conferences and upgrading their skills. Another example is allowing residents to train in your facility. We do that as well. Another example is an expedited back surgery program like we have with WCB where we provide, exclusively, an expedited service to treat patients who need back operations and so on. There are ways that we can contribute to the community.

In the evidence that I present to you today, I want to address some of the vehement opposers to privatization of health care. There are a few coined phrases that you have probably heard from time to time. The first is "cherry picking." "We do not want to see private health care flourishing in this country because it will result in our best staff being picked out of the hospital system and moved to the private sector." That is not true. This is the evidence of False Creek Surgical Centre: We have only three or four full-time nursing staff, we have 57 part-time nurses who work in the local hospitals and gain added employment and added benefits from working out of an alternative health care delivery system when it comes to surgery. We provide them with an alternative place to deliver the services in which they have been so well trained. It keeps them in their vocation. It stops them from becoming pharmacists or pharmaceutical representatives or going to the United States.

That brings me to the point of taxes, at-source deductions that our nurses and our staff have contributed. False Creek Surgical Centre this year alone has contributed over \$100,000 in taxes, federal and provincial, just through having a facility like ours in the country. Would this money have gone to the United States? If people cannot gain access to care, where would they go if they cannot receive services in their own country? We have to really examine ways that these centres can contribute.

Senator St. Germain: Dr. McLean, I too am impressed by your delivery. In my family, about 80 years ago, we had challenges with some of my relatives.

Having been a policeman on the street in Vancouver, I still talk to the guys down there despite it is about 30-some years since I left. I find that everybody raises this hue and outcry about the added problem, basically in the skid row areas or the areas that are generally challenged in any community. Is this a result of, as you explained, our being 80 years behind in our methods of treatment, or the fact that we just hope this is something that will go away instead of dealing with it? Has this contributed to the fact that there are so many people in these skid row areas who are challenged and often end up with drug and alcohol-related problems? Has this been exacerbated by the fact that, as we become economically stronger as a society, we have tended to try to sweep this problem under the rug instead of dealing with it in the manner that we should, as a community?

la collectivité. Il nous a communiqué des renseignements et des moyens très importants sur la façon d'y parvenir.

Le programme de coloscopie en est un exemple. La formation des infirmières que nous envoyons participer à des conférences et actualiser leurs compétences spécialisées en est un autre. Nous accueillons aussi des résidents en formation, ce qui en est un autre encore. Il y a aussi le programme de chirurgie accélérée du dos comme celui que nous avons avec la CAT et dans le cadre duquel nous offrons en exclusivité un service accéléré pour traiter les patients qui ont besoin d'une intervention au dos, et cetera. Il y a des façons de contribuer à la collectivité.

Dans le témoignage que je vous présente aujourd'hui, je veux répondre à certains de ceux qui s'opposent avec véhémence à la privatisation des soins de santé. Il y a quelques clichés que vous avez probablement entendus de temps à autre. Le premier est celui de l'«écrémage». «Nous ne voulons pas voir les soins de santé privés prospérer au Canada parce que le secteur privé viendra nous arracher les meilleurs employés du système hospitalier.» Ce n'est pas vrai. Voici les preuves que présente le False Creek Surgical Centre: nous avons seulement trois ou quatre infirmières à plein temps, 57 infirmières à temps partiel qui travaillent dans les hôpitaux locaux et qui profitent d'occasions d'emploi et d'avantages supplémentaires en travaillant dans un autre système de prestation de soins chirurgicaux. Nous leur offrons un autre endroit où dispenser les services pour lesquels elles ont reçu une si bonne formation. Ce qui aide à les maintenir dans la profession et les empêche de devenir pharmaciennes ou représentantes pharmaceutiques, ou d'émigrer aux États-Unis.

Ce qui m'amène à la question des impôts, des retenues à la source versées par nos infirmières et les membres de notre personnel. Cette année seulement, le False Creek Surgical Centre a versé plus de 100 000 \$ en impôts fédéraux et provinciaux. Cet argent serait-il parti aux États-Unis? Si les gens ne peuvent avoir accès aux soins, où s'adresseront-ils s'ils ne peuvent recevoir des services dans leur propre pays? Il faut vraiment examiner des moyens pour ces centres de contribuer.

Le sénateur St. Germain: Docteur McLean, votre intervention m'impressionne moi aussi. Il y a environ 80 ans, certains des membres de ma famille nous ont posé des défis.

J'ai déjà été policier dans la rue à Vancouver. Je parle encore à d'anciens collègues, même si j'ai quitté le métier il y a une trentaine d'années. Le problème supplémentaire que posent les quartiers mal famés ou les secteurs en général contestés dans toute collectivité soulève la clameur publique. Le problème est-il causé par le fait que, comme vous l'avez expliqué, nos méthodes de traitement datent de 80 ans, ou est-ce parce que nous espérons simplement que le problème finira par disparaître au lieu de nous y attaquer? La situation a-t-elle contribué au fait qu'il y a tellement de gens dans ces secteurs mal famés qui ont des problèmes et qui sombrent souvent dans l'alcoolisme et la toxicomanie? Le problème a-t-il été exacerbé par le fait qu'à mesure que la société se renforce sur le plan économique, nous avons eu tendance à essayer de tirer le rideau sur le problème au lieu de nous y attaquer comme il faudrait le faire en tant que collectivité?

Dr. McLean: That is a good question. The kinds of problems that you talk about have pretty much always been there. That it is a good example of the requirement to have specialized treatments, outreach treatments, which may include a variety of other services, in terms of housing support and so on, for this at-risk population. I think it is true that mental illness and criminal activities are intermingled by default. Many of these people end up in forensic psychiatric institutes or in our jails when they predominantly have mental problems that could be treated through a more specialized form of intervention that is community based and has nothing to do with the hospital bed.

Senator St. Germain: I will not pursue that.

The Chairman: We will close with a comment and/or question from Senator Keon.

Senator Keon: I have a comment for you, Dr. McLean. I am truly sorry I missed your presentation. I had to take an urgent phone call from my own institution. The finance committee is meeting this morning.

Senator LeBreton: That would be urgent.

Senator Keon: Yes.

Dr. Godley, I am really very interested in your clinic. Time does not permit us to learn much about it today. Sometime when I am in Winnipeg I would like to visit.

It is a very interesting concept. I have served my life in academia. My friends in America in academics have had great difficulties with the HMOs, which have opened up private clinics. You talked about "cherry picking." They cherry pick the cases and they cherry pick the patients. They get the high-revenue, low-cost stuff and they deplete the revenues dedicated to educational centres that are necessary to prop up the educational programs for nurses, doctors, technicians and so on. America has never known quite how to cope with that because it makes financial sense to have efficient clinics that run at probably about 60 per cent of the cost of the health sciences complex.

However, there is a paradox arising now in America with the HMOs. People do not want to go to these clinics anymore because they feel that they are not getting top-level treatment and that they are being pushed into clinics for cheap medical-surgical care where, indeed, the facilities are not available to diagnose and treat them properly. I would like to hear your thoughts on the impact of this.

Dr. Godley: We have a tremendous opportunity to learn from the United States and to learn from their misgivings with HMOs and so on. It is very important that we labour on introducing a community contribution that these centres can play.

To get to that though, we must set up national standards. We must define what a hospital is in Canada. Across this country, different provinces have different views about what hospitals are, and that is very political. I came to Manitoba, for instance and we

Le Dr McLean: Bonne question. Les problèmes dont vous parlez ont à peu près toujours existé. C'est un bon exemple du besoin de traitements spécialisés ou d'extension, qui peuvent inclure tout un éventail d'autres services comme l'aide au logement, et cetera, pour cette population à risque. Je pense qu'il est vrai que la maladie mentale et les activités criminelles se conjuguent par défaut. Beaucoup de ces gens aboutissent dans des instituts de psychiatrie médico-légale ou en prison, où ils ont surtout des problèmes mentaux que l'on pourrait traiter par une intervention plus spécialisée offerte dans les collectivités qui n'ont rien à voir avec le lit d'hôpital.

Le sénateur St. Germain: Je n'irai pas plus loin.

Le président: Nous allons terminer sur un commentaire ou une question du sénateur Keon.

Le sénateur Keon: J'ai un commentaire pour vous, docteur McLean. Je suis vraiment désolé d'avoir raté votre exposé. J'ai dû prendre un appel urgent de mon propre établissement. Le comité des finances siège ce matin.

Le sénateur LeBreton: C'est un cas d'urgence.

Le sénateur Keon: En effet.

Docteur Godley, votre clinique m'intéresse énormément. Le temps ne nous permet pas d'en apprendre beaucoup à ce sujet aujourd'hui. J'aimerais vous rendre visite un jour lorsque je serai à Winnipeg.

Le concept est très intéressant. J'ai passé ma vie dans les milieux universitaires. Mes amis des milieux universitaires américains ont eu énormément de difficulté avec les OSSI, qui ont ouvert des cliniques privées. Vous avez parlé d'«écrémage». Ces organismes sélectionnent les cas et les patients aussi. Ils offrent les services peu coûteux et très payants et ils épuisent les revenus affectés aux centres de formation nécessaires pour appuyer les programmes de formation des infirmières, des médecins, des techniciens, et cetera. Les États-Unis n'ont jamais su tout à fait comment faire face au problème parce qu'il est logique sur le plan financier d'avoir des cliniques efficaces dont les coûts représentent probablement 60 p. 100 environ de ceux du complexe des sciences de la santé.

Les OSSI sont toutefois à l'origine d'un paradoxe qui fait son apparition en Amérique. Les gens ne veulent plus s'adresser à ces cliniques parce qu'ils pensent ne pas y recevoir des traitements de première qualité et qu'on les oriente vers les cliniques pour y recevoir des soins médico-chirurgicaux bon marché là où les services de diagnostic et de traitements appropriés ne sont pas disponibles. J'aimerais savoir ce que vous pensez des répercussions de la situation.

Le Dr Godley: Nous avons une occasion extrêmement importante de tirer des leçons des États-Unis et des réserves qu'on y constate au sujet des OSSI, et cetera. Il est très important de nous efforcer d'instaurer une contribution communautaire que ces centres peuvent apporter.

Pour y arriver, il faut toutefois établir des normes nationales. Il faut définir ce qu'est un hôpital au Canada. Les provinces ont des opinions différentes sur la nature des hôpitaux, et c'est très politique. Je suis venu au Manitoba, par exemple, et nous y avons

opened up an ambulatory surgical centre, the Minister of Health introduced a bill to ban it and call it a hospital. The minister said, "We have just decided that a hospital is a facility that has one overnight-stay bed." We deny access to the very people who need it. There are already, in Manitoba, publicly-funded private facilities to provide services. Why would they not do that with our centre? What is the problem?

I believe the problem stems from the fact that we have to consider the very stakeholders in health care today. Who are the stakeholders in health care? One of the biggest problems is that the unions would lose their ability to negotiate.

Senator Keon: Yes, you are right.

Dr. Godley: If they lose the ability to negotiate through the delivery of health care in an alternative delivery system, or allow Canadians the choice to go to an alternative delivery system, they lose out big time. But the individual who is part of the union gains hugely. That is what our nurses are starting to discover.

The Chairman: May I thank both of you for coming.

By the way, Dr. Godley, I will leave you with a question. I do not need an answer. Yesterday Dr. Day, from the Cambie Surgical Clinic, made the observation that if he were setting up a private clinic in another province, Alberta is the last place he would go because of Bill C-11. We did not have time to get into a discussion with him as to why that is the case, but I would like to understand that. Just quickly, would you basically agree with that?

Dr. Godley: I would absolutely, 100 per cent, agree with that.

The Chairman: Then would you provide us with the reasons, in point form, you have reached that conclusion? I would like to understand. I just do not understand that.

Dr. Godley: Yes, I will do that.

Senator St. Germain: Could those of us from British Columbia tour your facility and get an explanation?

The Chairman: That is a good idea.

Dr. Godley: We would love to have you.

The Chairman: We thank both of you for coming.

The committee adjourned.

ouvert un centre de chirurgie ambulatoire. Le ministre de la Santé a présenté un projet de loi pour l'interdire et le désigner comme hôpital. Le ministre a déclaré: «Nous venons tout juste de décider qu'un hôpital est un établissement qui a un lit de séjour.» Nous refusons l'accès aux gens mêmes qui en ont besoin. Il y a déjà au Manitoba des installations privées financées par le secteur public qui dispensent des services. Pourquoi ne pas le faire avec notre centre? Quel est le problème?

Je crois qu'il découle du fait que nous devons tenir compte des intervenants mêmes du secteur de la santé. Qui sont-ils? Un des grands problèmes, c'est que les syndicats y perdraient leur pouvoir de négocier.

Le sénateur Keon: Vous avez parfaitement raison.

Le Dr Godley: S'ils perdent leur pouvoir de négocier lorsqu'on offre des soins de santé par un autre mode de prestation ou qu'on permet aux Canadiens d'en choisir un autre, ils y perdront énormément. Le syndiqué, lui, y gagne toutefois énormément. Nos infirmières commencent à s'en rendre compte.

Le président: Permettez-moi de vous remercier tous deux d'être venus témoigner.

À propos, docteur Godley, je vais vous laisser sur une question. Je n'ai pas besoin de réponse. Hier, le Dr Day, de la Cambie Surgical Clinic, a signalé que s'il ouvrait une clinique privée dans une autre province, l'Alberta est le dernier endroit où il irait à cause du projet de loi C-11. Nous n'avons pas eu le temps d'amorcer une discussion avec lui pour savoir pourquoi, mais j'aimerais comprendre. En deux mots, seriez-vous essentiellement d'accord avec lui?

Le Dr Godley: Tout à fait.

Le président: Voudriez-vous alors nous dire pourquoi, sous forme de points, vous êtes parvenu à cette conclusion? J'aimerais comprendre. Je ne comprends tout simplement pas.

Le Dr Godley: Je le ferai.

Le sénateur St. Germain: Ceux d'entre nous qui sont de la Colombie-Britannique pourraient-ils visiter votre clinique et obtenir une explication?

Le président: Bonne idée.

Le Dr Godley: Nous aimerions vraiment vous accueillir.

Le président: Nous vous remercions tous deux d'être venus.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada —
Publishing
45 Sacré-Cœur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —
Édition
45 Boulevard Sacré-Cœur,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Canadian Medical Association:

Dr. Peter Barrett, Past President;
Dr. Arun Garg, Chair, Council on Health Policy and
Economics.

From the British Columbia Medical Association:

Dr. Heidi Oetter, President;
Darrell Thomson, Director, Economics and Policy Analysis.

*From the University of British Columbia, Anxiety Disorders
Unit, Department of Psychiatry:*

Dr. Peter D. McLean, Professor and Director.

From the Maples Surgical Centre (Manitoba):

Dr. Mark Godley.

De l'Association médicale canadienne:

Dr Peter Barrett, président sortant;
Dr Arun Garg, président, Conseil de la politique et de
l'économique de la santé.

De l'Association médicale de la Colombie-Britannique:

Dre Heidi Oetter, présidente;
Darrell Thomson, directeur, Analyse de l'économie et de la
politique.

*De l'Université de la Colombie-Britannique — Anxiety
Disorders Unit, Department of Psychiatry:*

Dr Peter D. McLean, professeur et directeur.

Du Maples Surgical Centre (Manitoba):

Dr Mark Godley.



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001

Première session de la
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Monday, October 22, 2001

Le lundi 22 octobre 2001

Issue No. 35

Fascicule n° 35

Sixth meeting on:

Bill C-11, An Act respecting immigration to Canada
and the granting of refugee protection to persons who
are displaced, persecuted or in danger

Sixième réunion concernant:

Le projet de loi C-11, Loi concernant l'immigration au
Canada et l'asile conféré aux personnes déplacées,
persécutées ou en danger

APPEARING:

The Honourable Cameron Jackson, M.P.P.,
Minister of Citizenship with Responsibility for Seniors,
Province of Ontario.

COMPARAÎT:

L'honorable Cameron Jackson, député,
Ministre de la Citoyenneté avec responsabilité pour les
aînés, de la province de l'Ontario.

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

| | |
|----------------------|------------------|
| * Carstairs, P.C. | Morin |
| (or Robichaud, P.C.) | * Lynch-Staunton |
| Cook | (or Kinsella) |
| Cordy | Robertson |
| Di Nino | Robichaud, P.C. |
| Keon | Roche |
| Maheu | Rompkey, P.C. |

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Maheu substituted for that of the Honourable Senator Fairbairn, P.C. (*October 21, 2001*).

The name of the Honourable Senator Fitzpatrick substituted for that of the Honourable Senator Pépin (*October 21, 2001*).

The name of the Honourable Senator Christensen substituted for that of the Honourable Senator Kirby (*October 22, 2001*).

The name of the Honourable Senator Di Nino substituted for that of the Honourable Senator Carney, P.C. (*October 22, 2001*).

The name of the Honourable Senator Robichaud, P.C., substituted for that of the Honourable Senator Callbeck (*October 22, 2001*).

The name of the Honourable Senator Rompkey, P.C., substituted for that of the Honourable Senator Robichaud, P.C. (*October 22, 2001*).

The name of the Honourable Senator Robichaud, P.C., substituted for that of the Honourable Senator Fitzpatrick (*October 22, 2001*).

The name of the Honourable Senator Kirby substituted for that of the Honourable Senator Christensen (*October 22, 2001*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

| | |
|----------------------|------------------|
| * Carstairs, c.p. | Morin |
| (ou Robichaud, c.p.) | * Lynch-Staunton |
| Cook | (ou Kinsella) |
| Cordy | Robertson |
| Di Nino | Robichaud, c.p. |
| Keon | Roche |
| Maheu | Rompkey, c.p. |

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Maheu est substitué à celui de l'honorable sénateur Fairbairn, c.p. (*le 21 octobre 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Fitzpatrick est substitué à celui de l'honorable sénateur Pépin (*le 21 octobre 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Christensen est substitué à celui de l'honorable sénateur Kirby (*le 22 octobre 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Di Nino est substitué à celui de l'honorable sénateur Carney, c.p. (*le 22 octobre 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Robichaud, c.p., est substitué à celui de l'honorable sénateur Callbeck (*le 22 octobre 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Rompkey, c.p., est substitué à celui de l'honorable sénateur Robichaud, c.p. (*le 22 octobre 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Robichaud, c.p., est substitué à celui de l'honorable sénateur Fitzpatrick (*le 22 octobre 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Kirby est substitué à celui de l'honorable sénateur Christensen (*le 22 octobre 2001*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Monday, October 22, 2001

(39)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 2:00 p.m., in Room 505 of the Victoria Building, the Deputy Chair, the Honourable Marjory LeBreton, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Christensen, Cook, Cordy, Di Nino, Fitzpatrick, LeBreton, Maheu, Morin, Robichaud, P.C., Roche, and Rompkey, P.C (11).

Other senators present: The Honourable Senators Andreychuk, Beaudoin, Forrestall, and Meighen (4).

In attendance: Jay Sinha, Research Officer, Parliamentary Research Branch, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, September 27, 2001, the Committee resumed its consideration of Bill C-11, An Act respecting immigration to Canada and the granting of refugee protection to persons who are displaced, persecuted or in danger. (*See Proceedings of the Committee, Issue No. 26 dated October 1, 2001, for full text of Order of Reference.*)

APPEARING:

The Honourable Cameron Jackson, M.P.P., Minister of Citizenship with Responsibility for Seniors, Province of Ontario.

WITNESSES:*As an Individual:*

Joseph Magnet, Professor, Faculty of Law, University of Ottawa.

From the Barreau du Québec:

Francis Gervais, Bâtonnier du Québec;

Carole Brosseau, Lawyer, Research and Legislation Division.

From the Province of Ontario:

Frank Ryder, Bureau Commander, Investigation Support Bureau, Ontario Provincial Police;

Robert Montgomery, Assistant Deputy Minister, Ontario Ministry of Citizenship;

Scott Newark, Vice-Chair, Special Counsel with Ontario's Office for Victims of Crime;

Carolyn Chaplin, Executive Assistant to the Minister of Citizenship.

From the Customs Excise Union:

Serge Charette, National President.

Professor Magnet made a presentation and answered questions.

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le lundi 22 octobre 2001

(39)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 14 heures dans la pièce 505 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Marjory LeBreton (*présidente*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Christensen, Cook, Cordy, Di Nino, Fitzpatrick, LeBreton, Maheu, Morin, Robichaud, c.p., Roche, et Rompkey, c.p. (11).

Autres sénateurs présents: Les honorables sénateurs Andreychuk, Beaudoin, Forrestall et Meighen (4).

Également présent: Jay Sinha, attaché de recherche, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

Sont aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 27 septembre 2001, le comité reprend l'examen du projet de loi C-11, Loi concernant l'immigration au Canada et l'asile conféré aux personnes déplacées, persécutées ou en danger. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 26 du 1er octobre 2001 des délibérations du comité.*)

COMPARAÎT:

L'honorable Cameron Jackson, député, ministre de la Citoyenneté avec responsabilité pour les aînés de la province de l'Ontario.

TÉMOINS:*À titre personnel:*

Joseph Magnet, professeur, faculté de droit, Université d'Ottawa.

Du Barreau du Québec:

Francis Gervais, bâtonnier du Québec;

Carole Brosseau, avocate, Service de recherche et de législation.

De la province de l'Ontario:

Frank Ryder, commandant de bureau, Division du soutien aux enquêtes, Police provinciale de l'Ontario;

M. Robert Montgomery, sous-ministre adjoint, ministère de la Citoyenneté, Province de l'Ontario

Scott Newark, vice-président, conseiller juridique spécial, Bureau d'aide aux victimes d'actes criminels, province de l'Ontario;

Carolyn Chaplin, adjointe exécutive au ministre de la Citoyenneté.

De l'Union Douanes Accise:

Serge Charette, président national.

M. Magnet fait une présentation et répond aux questions.

Mr. Gervais and Ms Brosseau made a presentation and answered questions.

The Honourable Cameron Jackson, M.P.P., made a presentation and together with Messrs. Newark, Rider, and Montgomery answered questions.

The Honourable Cameron Jackson tabled with the Clerk of the Committee a letter dated September 28, 2001 addressed to the Honourable Elinor Caplan, P.C., M.P., Minister of Citizenship and Immigration, from the Honourable Cameron Jackson, Minister of Citizenship with Responsibility for Seniors, Province of Ontario, and the Honourable Brenda Elliott, Minister of Intergovernmental Affairs of the Province of Ontario, and filed as Exhibit No. 5900-1.37/S2-C-11, 35, 1.

At 5:10 p.m., the committee suspended.

At 5:18 p.m., the committee resumed.

Mr. Charette made a statement and answered questions.

At 6:01 p.m., the committee suspended.

At 6:10 p.m., the committee resumed *in camera* in Room 705, Victoria Building, to consider its business.

At 6:55 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

M. Gervais et Mme Brosseau font une présentation et répondent aux questions.

L'honorable Cameron Jackson, député, fait une présentation et répond aux questions avec MM. Newark, Rider et Montgomery.

L'honorable Cameron Jackson remet au greffier du comité une lettre datée du 28 septembre 2001, adressée à l'honorable Elinor Caplan, c.p., députée, ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration, émanant de l'honorable Cameron Jackson, ministre de la Citoyenneté avec responsabilité pour les aînés, province de l'Ontario, et de l'honorable Brenda Elliott, ministre des Affaires intergouvernementales de la province de l'Ontario. La lettre est déposée comme pièce n° 5900-1.37/S2-C-11, 35, 1.

À 17 h 10, la séance est suspendue.

À 17 h 18, la séance reprend.

M. Charette fait une déclaration et répond aux questions.

À 18 h 01, la séance est suspendue.

À 18 h 10, la séance reprend et le comité se réunit à huis clos dans la pièce 705 de l'édifice Victoria pour examiner ses activités.

À 18 h 55, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

Le greffier du comité,

Till Heyde

Acting Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Monday, October 22, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, to which was referred Bill C-11, respecting immigration to Canada and the granting of refugee protection to persons who are displaced, persecuted or in danger, met this day at 2:00 p.m. to give consideration to the bill.

Senator Marjory LeBreton (*Deputy Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Deputy Chairman: We are meeting today to continue our study of Bill C-11, an act respecting immigration to Canada and the granting of refugee protection to persons who are displaced, persecuted or in danger.

Our first witness today is Professor Joseph Magnet from the University of Ottawa, Faculty of Law. Following your 10 to 15 minute presentation, we will proceed to questions. Thank you for making the time available to us today. Please proceed.

Professor Joseph Magnet, Faculty of Law, University of Ottawa: I am here at the request of the members of the committee and its staff. I am not carrying a brief for any interest group except one, which is a desire to serve the cause of justice and the honour and interest of our great country. It is my honour and privilege to appear before you to attempt to be of assistance to you.

I would like to begin by congratulating the department and the minister. This is the first overhaul of an exceptionally significant piece of legislation in a generation for our country. The work of the department is focussed, smart and has resulted in a bill of significant importance, simplicity, some elegance and much merit.

You have had before you the Assistant Deputy Minister, Ms Atkinson, who has highlighted some of the essential balances between cost, speed, efficiency of immigration processes and the rights of Canadian permanent residents and foreign nationals that must be struck. That is a crucial balance.

I have read the blues. I do know what you have heard. It is not my intention to rehash ground that you have already covered, but I noticed in Ms Atkinson's remarks that there was much talk about toughness. Since the department has set a baseline of being tough and in the wake of the great events that happened last month, and since the department set its mind on streamlining procedures, let me assist you by focussing on some of the rougher edges that the Senate, in its wisdom, soberly, may want to reflect upon.

I will address three issues and develop them for you briefly. Basically, I will speak on clause 34, which deals with inadmissibility for engaging in terrorism. I will focus on

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 22 octobre 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, saisi du projet de loi C-11, Loi concernant l'immigration au Canada et l'asile conféré aux personnes déplacées, persécutées ou en danger, se réunit cet après-midi à 14 heures pour examiner ledit projet de loi.

Le sénateur Marjory LeBreton (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La vice-présidente: Nous nous réunissons aujourd'hui pour poursuivre notre examen du projet de loi C-11, Loi concernant l'immigration au Canada et l'asile conféré aux personnes déplacées, persécutées ou en danger.

Notre premier témoin cet après-midi est le professeur Joseph Magnet de la Faculté de droit de l'Université d'Ottawa. Après votre exposé de 10 ou 15 minutes, nous ouvrirons la période des questions. Merci d'avoir accepté de comparaître devant nous aujourd'hui. Vous avez la parole.

M. Joseph Magnet, professeur, Faculté de droit, Université d'Ottawa: Je me présente devant vous cet après-midi à la demande des membres du comité et de son personnel. Je n'ai pas pour objectif de défendre la cause d'aucun groupe d'intérêt, je suis motivé exclusivement par le désir de défendre la cause de la justice ainsi que l'honneur et l'intérêt de ce grand pays. C'est donc pour moi un honneur et un privilège de comparaître devant le comité pour vous aider à élucider certaines questions.

Je voudrais commencer par féliciter le ministère et la ministre. Ce projet de loi représente la première révision en profondeur d'une loi qui revêt une grande importance pour le Canada depuis une génération. Le ministère a accompli un travail minutieux et intelligent qui a donné lieu à un projet de loi d'une grande importance, d'une simplicité et d'une élégance notable et surtout d'une très grande valeur.

Vous avez déjà reçu la sous-ministre adjointe, Mme Atkinson, qui vous a donné un aperçu général de l'équilibre fondamental qu'il faut établir entre différents facteurs, tels le coût, la rapidité et l'efficacité des formalités d'immigration et les droits des résidents permanents canadiens et des ressortissants étrangers. C'est un équilibre qu'il est essentiel de maintenir.

J'ai déjà lu les bleus. Je sais donc ce que d'autres témoins vous ont dit au sujet du projet de loi. Aussi je n'ai pas l'intention de revenir sur les points que vous avez déjà examinés, même si j'ai remarqué que les observations de Mme Atkinson mettaient beaucoup l'accent sur la rigueur des nouvelles mesures. Puisque le ministère s'est fixé comme objectif fondamental d'instaurer des mesures plus strictes, notamment dans la foulée des événements du mois dernier, et de rationaliser ses propres procédures, permettez-moi d'attirer votre attention sur certains éléments mal définis auxquels le Sénat, cette Chambre de réflexion, voudra peut-être réfléchir.

Je vais donc aborder trois questions précises et vous expliquer brièvement mon raisonnement dans chaque cas. Je vais vous parler de l'article 34, qui porte sur l'interdiction de territoire par

clause 43, which is an issue you heard something about, namely, that this is framework legislation with a very extensive regulatory power that you have seen before and worried about before. I do not want to go over old ground, but I would like to develop some concerns about that for you in a way that you have not heard before. I will also consider clause 72, which deals with the rights of judicial review of actions of immigration officers.

I will start with clause 34(1)(c). This makes permanent residents and foreign nationals inadmissible for engaging in acts of terrorism. The consequences of being found to be engaging in acts of terrorism for a permanent resident, as for a foreign national, are very serious. We must ask, "What is terrorism?"

This bill, unlike some previous British attempts that defined particular groups as terrorist, does not define terrorism. What would the department understand terrorism to be? What would those who deliver this proposed act come to understand? How would they go about that process?

Normally, a statute like this, should it be enacted, would be interpreted by what lawyers call *in pari materia*. Is there similar legislation on the Canadian statute books that might shed light on what is terrorism? There is not a lot.

You will be holding hearings this week on Bill C-36, the proposed anti-terrorism legislation. That bill has, as you are aware, a definition of terrorist activity that is quite wide. It includes acts or omissions committed in part for political, religious or ideological objectives with the intention of intimidating sections of the public and causing damage to health, safety or property.

As this definition in Bill C-36 may impact on the definition of terrorism in clause 34(1)(c) that is before you today, I have tried to think of some examples that might help us focus on the definition of terrorism. For example, there might be a statement such as: "Repent or the world will end," or "Do not vote PQ or you will risk a substantial civil conflict." Both of these statements would have intent to alarm or to cause anxiety. That type of thing is conceivably within the definition of terrorism, not only at the margins. The actions of a 19 year old student who occupies the office of the president of a university in the service of some 19 year old ideological cause, with the intention of trashing that office, could be palpably within this definition.

rapport aux actes terroristes. Je vais également vous parler de l'article 43, au sujet duquel on vous a déjà fourni certaines explications, et notamment le fait que nous avons affaire à une loi-cadre qui prévoit des pouvoirs de réglementation très larges du type qui a déjà été soumis à votre examen et au sujet duquel vous aviez précédemment certaines préoccupations. Je ne veux pas revenir sur des questions que vous avez déjà étudiées, mais je voudrais présenter certaines préoccupations à cet égard sous un angle complètement différent, en ce qui vous concerne. Je vais également faire certaines observations au sujet de l'article 72, qui concerne le contrôle judiciaire par la cour de mesures prises par des agents d'immigration.

Commençons donc par examiner l'alinéa 34(1)c). Cet article a pour effet de frapper d'une interdiction de territoire des résidents permanents ou ressortissants étrangers qui se seraient livrés au terrorisme. Pour tout résident permanent ou ressortissant étranger trouvé coupable d'actes terroristes, les conséquences sont nécessairement très graves. Il convient donc de se poser la question que voici: Qu'est-ce que le terrorisme?

Ce projet de loi, à la différence d'autres mesures législatives proposées en Grande-Bretagne qui définissaient certains groupes comme étant des groupes terroristes, ne comporte pas de définition du terrorisme. Qu'entend donc le ministère par le terme «terrorisme»? Et comment les personnes chargées de contrôler l'application de cette loi sont-elles censées interpréter ce terme? Comment pourraient-elles essayer de définir ce terme?

Normalement, une loi de ce genre, si elle était votée par le Parlement, sera interprétée *in pari materia*, pour utiliser le terme juridique. Y a-t-il d'autres lois canadiennes qui pourraient nous aider à élucider le sens de ce terme «terrorisme»? Pas vraiment, à mon avis.

Vous tiendrez dès cette semaine des audiences sur le projet de loi C-36, soit le projet de loi antiterroriste. Comme vous le savez, ce dernier comporte une définition d'activités terroristes qui est assez large. Elle englobe tout acte ou omission commis en partie pour atteindre des objectifs politiques, religieux ou idéologiques dans l'intention d'intimider certains segments de la population et de causer un préjudice à la santé, à la sécurité ou à la propriété d'autrui.

Comme la définition qui se trouve dans le projet de loi C-36 pourrait influencer sur la définition du terrorisme de l'alinéa 34(1)c), dont vous êtes maintenant saisis, j'ai essayé de songer à certains exemples qui pourraient nous aider à mieux cerner le concept du terrorisme. Par exemple, la définition pourrait viser une déclaration du genre: «Repentissez-vous, sinon ce sera la fin du monde» ou encore «Ne votez pas pour le Parti québécois, sinon vous vous exposez à d'importants conflits civils». Ces deux déclarations auraient pour objet d'alarmer ou d'angoisser les citoyens. Ce genre de chose pourrait donc éventuellement être visée par la définition du terrorisme, et ce ne serait pas nécessairement des cas limites. De même, les actes d'un étudiant de 19 ans qui occupe le bureau d'un président d'université pour défendre une cause idéologique de jeunes, dans l'intention de causer des dommages à ce bureau, pourraient également être visés par cette définition.

I think that honourable senators must consider whether this referential incorporation, or this interpreting clause 34(1)(c), in light of the other bill that is coming forward, causes concern. The interpretation of terrorism by statutes *in pari materia* or the proposed anti-terrorism legislation may not be the measure that ultimately is taken to define terrorism. We may have to search for some other sources to define terrorism.

Clause 43, which is before you, complicates this problem by allowing a definition of terrorism to be created by regulation. The regulations may, in fact, define terrorism, and that would not necessarily come back before this chamber.

It is also interesting to consider that the regulation-making power, at clause 43, which entitles the bureaucracy through the formal constitutional channels to define terrorism, does not require that such a regulation be laid before Parliament. In other words, at clause 5(2) there is a requirement that some regulations of this bill be laid before Parliament and there would be parliamentary oversight. There would be an opportunity for honourable senators around this table to consider the regulations. However, the regulation making power at clause 43 does not operate in that way. That is exempt from such scrutiny. Honourable senators would not have that scrutiny opportunity.

This, of course, is not a new problem to you. You have seen, on many occasions, an increasing tendency to legislate by means of framework legislation with the details spelled out in the regulations. This practice is for very good reasons. The technical work of the bureaucracy is carried on at that level, whereas broad general principles that govern who we are as a people and what we are trying to do are set out at this level in the framework.

There has been some criticism of the extent to which that movement has gone by the Supreme Court of Canada. The Supreme Court of Canada has laid the groundwork for constitutional challenges to overly excessive delegation of regulation-making power affecting the rights of the individual.

For example, I will refer to three cases. I will provide the staff with citations, but my good friend Senator Beaudoin will be well aware that a line of cases in the Supreme Court — *Re Eurig Estate*, *West Bank First Nation*, and, recently, the *Ontario English Catholic Teachers* — developed a principle of democracy.

The *Eurig Estate* case, for example, created the principle of no taxation without representation — a principle independently protected by the Constitution and finding a textual basis in the preamble to the 1867 Constitution Act. In the *Eurig Estate*, that

À mon avis, les honorables sénateurs doivent se demander si cette référence, ou encore l'alinéa 34(1)c) qui sera interprété en fonction de l'autre projet de loi qui a été déposé, sont préoccupants. L'interprétation du concept du terrorisme dans diverses lois *in pari materia* ou le projet de loi antiterrorisme proposé par le gouvernement ne seront peut-être pas à l'origine de notre définition du terrorisme en fin de compte. Nous devrons peut-être chercher d'autres façons de définir le terrorisme.

L'article 43 du projet de loi dont vous êtes saisis complique les choses en prévoyant la création d'une définition du terrorisme par voie de règlement. En fait, le règlement d'application comportera peut-être une définition du terrorisme, et le Sénat n'en serait pas nécessairement saisi.

Il est également intéressant de noter que le pouvoir de réglementation dont il est question à l'article 43, qui permet à la bureaucratie, par l'entremise des formalités constitutionnelles officielles, de définir le terrorisme, ne prévoit aucunement que les règlements ainsi définis soient soumis à l'examen du Parlement. Il est vrai que le paragraphe 5(2) prévoit que tout projet de règlement soit déposé devant le Parlement et que les Chambres du Parlement puissent l'examiner. Ainsi les honorables sénateurs réunis autour de cette table auraient l'occasion d'examiner le règlement d'application. Toutefois, le pouvoir de réglementation qu'on retrouve à l'article 43 n'est pas exercé de la même manière. C'est-à-dire que ce pouvoir-là n'est pas assujéti à l'examen d'autrui. Ainsi les honorables sénateurs n'auraient pas l'occasion d'examiner les règlements définis de cette manière.

Évidemment, ce n'est pas vraiment nouveau, en ce qui vous concerne. Vous avez constaté à maintes reprises que les administrations ont de plus en plus tendance à faire voter des lois-cadres et d'en préciser tous les détails dans les règlements d'application. À bien des égards, cette pratique est tout à fait justifiée. Le travail technique de la bureaucratie se déroule à ce niveau-là, alors que les principes généraux qui nous définissent et nous régissent en tant que nation de même que notre action collective sont énoncés à un niveau supérieur, soit dans des lois-cadres de ce genre.

D'ailleurs, d'aucuns reprochent à la Cour suprême du Canada d'avoir joué un rôle un peu trop interventionniste par rapport à cette tendance. En effet, la Cour suprême du Canada a jeté les bases de contestation constitutionnelle de mesures législatives visant à déléguer à outrance le pouvoir de réglementation à la bureaucratie, notamment quand ce pouvoir influe sur les droits individuels.

Dans cet ordre d'idées, il convient de parler de trois affaires en particulier. Je peux évidemment fournir les citations précises au personnel par la suite, mais mon ami, le sénateur Beaudoin, saura certainement que plusieurs affaires jugées par la Cour suprême — notamment les affaires *Eurig Estate*, *West Bank First Nation*, et plus récemment, *Ontario English Catholic Teachers* — ont eu pour effet d'élargir certains principes démocratiques.

L'affaire *Eurig Estate*, par exemple, a permis de dégager le principe selon lequel la perception d'impôts suppose un droit de représentation — principe qui est d'ailleurs protégé de manière distincte dans la Constitution et qui s'appuie sur le texte du

principle of excessive delegation to the bureaucracy exercising a regulation-making power to impose taxes was found offensive to the democracy principle enshrined in the Constitution, such that those taxes could be upset. If that principle is there in *Eurig Estate* on a constitutional basis, the principle that excessive delegation to create quasi-criminal type offences — serious offences in which a person living in Canada with us as a permanent resident for many years, with children, with a job, with roots becomes inadmissible and is deported — the question is whether or not this principle of democracy is relevant. It is something the honourable senators around this table may want to consider.

The principle has been considered in the Supreme Court of Canada, but the courts are not the only interpreters of our Constitution. Our constitutional values are also interpreted, applied and identified as the “living glue” of our society by this place and by the other chamber. Honourable senators may want to consider if they are satisfied that there is adequate parliamentary oversight of what amounts to the creation of a very serious offence.

I would like to touch on clause 72(1). You have heard from the Canadian Bar Association on this clause, but I would like to develop some other dimensions of it. I would like to address the right to judicial review in a law court of actions of immigration officers and other immigration officials. Clause 72(1) makes the right to seek judicial review by the Federal Court, with respect to all matters, subject to an application for leave, which is new. I will develop that for you, but simply put, the application time is a mere 15 days. That time frame is considered short because more time is needed to adequately prepare for what needs to be done. It is a very short time in the sense that it is exceptional to the general rule of section 18.1(2) of the Federal Court Act.

We can imagine what the situation might be: A person is subject to a life-altering decision made by an immigration officer. That individual is now in a tight spot and has only 15 days in which to figure out what to do. First, he or she must find a lawyer with administrative law or immigration law expertise or specialty, and from another place they have to find such a person here. For example, if you were in Bulgaria and had to figure out how to negotiate your way because you were in a little trouble, you would find that difficult. Quickly, you would have to find out who was who and what to do. They must get some advice.

préambule de la Loi constitutionnelle de 1867. Dans l'affaire *Eurig Estate*, les juges ont statué que la délégation excessive de pouvoir de réglementation à la bureaucratie pour la perception d'impôts portait atteinte au principe démocratique énoncé dans la Constitution, de telle sorte qu'il était raisonnable de ne pas faire percevoir les impôts en question. Si ce principe sous-tend le jugement dans l'affaire *Eurig Estate* pour des raisons constitutionnelles, l'idée selon laquelle une délégation excessive de pouvoir en vue de créer des infractions de type criminel — c'est-à-dire des infractions graves qui auraient pour effet de frapper d'interdiction de territoire, et donc de déportation, une personne qui vit au Canada depuis de nombreuses années à titre de résident permanent, et qui a des enfants et un emploi — donc, dis-je, on peut se demander si ce principe démocratique est vraiment pertinent. Les honorables sénateurs voudront certainement réfléchir à la question.

Le principe a également été examiné par la Cour suprême du Canada, mais les tribunaux ne sont pas les seuls organes qui soient habilités à interpréter notre Constitution. Nos valeurs constitutionnelles — le ciment, pour ainsi dire, de notre société — sont interprétées, appliquées et définies par cette Chambre et par l'autre. Les honorables sénateurs voudront peut-être se demander par conséquent s'ils jouissent d'un pouvoir d'examen parlementaire suffisant par rapport à cette grave infraction qui est créée dans le projet de loi.

Je voudrais maintenant aborder brièvement le paragraphe 72(1). Vous avez reçu les témoignages de l'Association du Barreau canadien sur la question, mais je voudrais l'aborder dans ses autres dimensions. J'aimerais parler entre autres du droit d'assujettir au contrôle judiciaire d'un tribunal les mesures prises par des agents ou d'autres représentants du ministère de l'Immigration. Le paragraphe 72(1) prévoit le droit de demander ce contrôle judiciaire par la Cour fédérale, à l'égard de toute mesure prise par ses agents, sous réserve du dépôt d'une demande d'autorisation. Il s'agit d'une disposition tout à fait nouvelle. Je pourrais y revenir un peu plus tard, mais le point essentiel, c'est que l'on prévoit un délai de 15 jours seulement pour le dépôt de la demande d'autorisation. On estime que ce délai est excessivement court, étant donné qu'il faut un certain temps pour préparer adéquatement une demande de ce genre. Et il l'est d'autant plus qu'il n'est pas conforme à la règle générale qu'on retrouve au paragraphe 18.1(2) de la Loi sur la Cour fédérale.

On peut facilement imaginer de quel genre de situation il pourrait s'agir: un agent d'immigration prend à l'égard d'une personne une décision qui a le potentiel de changer complètement sa vie. Cette personne se trouve donc dans une situation difficile et n'a que 15 jours pour voir ce qu'elle peut faire. D'abord, elle doit trouver un avocat spécialisé dans le droit administratif ou le droit de l'immigration, et depuis l'endroit où elle se trouve, elle doit donc essayer de mettre la main sur un spécialiste de ce genre ici au Canada. Par exemple, si vous étiez en Bulgarie et que vous deviez vous sortir d'une situation difficile, vous auriez du mal. Il vous faudrait rapidement déterminer à qui vous adresser et ce qu'il y avait à faire. Il faudrait se faire conseiller.

Many of these people do not have money, and so they have to figure out how legal aid works; it is not the same in each province. In fact, it is not even available in every province for these cases, as you have already heard. They must obtain an analysis of what happened and what rights, if any, they have. The lawyer must investigate the facts, put something together and prepare a written brief. All this must happen in 15 days. It is a very short time to do that.

Now, this application for leave to seek judicial review in the Federal Court can only be in writing. Only exceptionally will this bill allow an oral hearing before the Federal Court. Many of these written applications are done without a lawyer. I did many immigration-type written proceedings without a lawyer when I clerked at the Supreme Court of Canada for Chief Justice Dickson. We heard many such applications for leave. They are difficult to figure out because the applicant might not be skilled or literate, or because English or French might not necessarily be the first language. There are many such applications and there is not a lot of time to do them.

Peter Showler appeared before this committee and told you that he needs more resources to figure out better. This is what is building his backlog. In the Federal Court, there will be much paper, but the resources will stay the same. It will be harder to figure out because there is not a skilled lawyer to explain to the court what the cases are all about.

The problem is basically that the immigration officer makes a serious, jurisdictional error. There are three points that honourable senators might want to consider. First, there is not a right to seek judicial review, but there must be a pre-clear, an application for leave to seek judicial review. That is a very fundamental change.

The court will be dealing with a significant number of cases and the applicant now has to pre-clear to get the right to enter the court through this written proceeding. It creates more time, more expense and it thrusts a pre-clear filter before such a person, which is intended, frankly, to whittle away the non-serious cases. It may be a good or important idea because the department is not there to open the doors of the courts to everyone who wants to complain about everything under the sun. If the doors are open, everyone will complain about everything under the sun.

Honourable senators, you have to consider if this pre-clear is the right balance or if it goes, perhaps, a little too far.

Bon nombre de ces gens-là n'ont pas d'argent, si bien qu'ils doivent se renseigner pour savoir comment accéder à l'aide juridique; la procédure n'est pas la même dans chaque province. En fait, elle n'est même pas disponible dans chaque province dans des cas de ce genre, comme vous le savez déjà. Ils doivent se procurer une analyse de la situation et déterminer quels sont leurs droits. L'avocat doit ensuite faire une enquête, réunir des informations et préparer un mémoire écrit. Tout cela doit donc se faire en 15 jours. C'est donc un délai très court pour accomplir un tel travail.

De plus, cette demande d'autorisation relative au contrôle judiciaire par la Cour fédérale ne peut être faite que par écrit. L'audition orale d'une telle demande par la Cour fédérale sera autorisée dans des cas exceptionnels seulement, d'après ce que prévoit ce projet de loi. Bon nombre de ces demandes écrites sont préparées sans l'aide d'un avocat. J'ai souvent vu des demandes écrites liées à des questions d'immigration qui n'avaient pas été préparées par un avocat lorsque j'étais l'adjoint judiciaire du juge en chef Dixon à la Cour suprême du Canada. Nous avons souvent traité de telles demandes d'autorisation. Elles posent problème souvent parce que le demandeur peut ne pas bien s'exprimer, ou ne pas bien maîtriser l'anglais ou le français, si ce n'est pas sa première langue. Ces demandes sont fréquentes et le temps de préparation est minime.

Lorsque Peter Showler a comparu devant le comité l'autre jour, il vous a dit qu'il a besoin de ressources accrues pour mieux traiter les demandes. C'est pour cette raison que l'arriéré du ministère devient de plus en plus important. À la Cour fédérale, les documents vont se multiplier, mais les ressources resteront les mêmes. Il deviendra de plus en plus difficile de savoir ce qu'il faut faire, puisqu'il n'y a pas d'avocat sur place qui puisse expliquer à la Cour de quoi il s'agit.

Souvent la difficulté est causée par un agent d'immigration qui commet une erreur juridictionnelle grave. À cet égard, il y a trois éléments que les honorables sénateurs voudront peut-être prendre en compte. D'abord, ce projet de loi ne prévoit pas automatiquement le droit de demander le contrôle judiciaire, mais il prévoit le dépôt d'une demande d'autorisation de contrôle judiciaire. Il s'agit là d'un changement fondamental.

La Cour a déjà une charge de travail importante mais désormais le demandeur devra obtenir l'autorisation préalable de soumettre sa demande écrite à la Cour. Cela suppose un investissement accru de temps et de ressources financières et, qui plus est, cette disposition crée une procédure d'autorisation préalable qui vise, on peut le supposer, à éliminer les demandes frivoles, même si elles risquent de poser un important obstacle au demandeur. Ça peut être une bonne idée, en ce sens que le ministère ne souhaite pas non plus que chacun puisse accéder à la Cour fédérale pour se plaindre de n'importe quoi. Et une fois que les portes seront ouvertes, tout le monde saisira l'occasion de présenter ses doléances.

Honorables sénateurs, vous devez vous demander si cette procédure d'autorisation préalable permet de maintenir un bon équilibre ou si elle ne va pas un peu trop loin.

Second, honourable senators will want to consider whether pre-clear in writing is too severe in the sense that it creates an appreciable risk of error of an erroneous determination by an immigration officer that a court will not be able to correct. That is really the question.

Third, is the short 15-day time an appropriate tool to reduce the number of cases? In other words, it is a short time period for preparation and completion of the paperwork and it seems as though we are saying, "We really do not want you here anyway. We hope many of you will just never make it here because you will not figure out how to get here within 15 days." Is that appropriate?

Finally, judicial review is a right associated with the rule of law. The core of the right of judicial review is constitutionally protected. Obviously, the way in which it is exercised may be regulated by the Parliament of Canada. However, it is a fundamental principle of our legal system that an individual seriously affected by government decision-making is able to hold government to account for its administration through a judicial review. Justice l'Heureux-Dubé, in a case before the Supreme Court of Canada, *Baker v. Canada*, put the matter of procedural rights very eloquently:

The purpose of the participatory rights contained within it is to ensure that administrative decisions are made using fair and open procedure, appropriate to the decision being made and its statutory, institutional and social context, with an opportunity for those affected to put forward their views and evidence fully and have them considered by the decision-maker.

Honourable senators have to consider whether this restricted right of judicial review — this pre-clear in writing in a short time — is an interference with those participatory rights.

I hope my remarks will help you in your work. It is always my honour and pleasure to come before you.

The Deputy Chairman: Thank you, Professor Magnet.

Senator Beaudoin: I have one question that has already been raised. Perhaps you would look at it because it is not as central. Clause 5(3) of the bill states:

A proposed regulation that has been laid before each House of Parliament under subsection (2) does not need to be so laid again, whether or not it has been altered.

I find that strange. If it has changed, it should be before both Houses. I raised that point the other day with another witness, and I would like to know what you think. It mentions proposed regulations that have been laid before each House do not need to be so laid again, whether or not they have been altered. If it has been altered, it should be laid before each House again.

Deuxièmement, honorables sénateurs, vous voudrez examiner la possibilité que la procédure de demande d'autorisation écrite que prévoit ce projet de loi soit trop rigoureuse, en ce sens qu'elle crée un risque important d'erreur à l'égard de la décision erronée de l'agent d'immigration, erreur que la Cour ne sera pas à même de corriger. Voilà la question essentielle.

Troisièmement, le délai de 15 jours représente-t-il un outil adéquat pour réduire le nombre de dossiers? Autrement dit, c'est un délai très court pour préparer au complet l'ensemble des documents, si bien qu'on semble communiquer le message aux gens qu'au fond, on n'a pas envie qu'ils nous fassent des demandes. On espère que la grande majorité d'entre eux ne se retrouveront jamais devant la Cour fédérale parce qu'ils n'auront pas su quoi faire pour préparer leur demande en 15 jours. Est-ce normal de communiquer un tel message?

Enfin, le contrôle judiciaire est un droit sous-jacent à la primauté du droit. Le droit essentiel au contrôle judiciaire jouit d'une protection constitutionnelle. Il va sans dire que l'exercice de ce droit peut être régi par le Parlement du Canada. Mais il reste que c'est un principe fondamental de notre système judiciaire qu'une personne qui subit un préjudice grave en raison d'une décision gouvernementale puisse forcer le gouvernement à répondre de ses mesures administratives en demandant le contrôle judiciaire. Dans l'affaire *Baker c. le Canada*, Mme la juge l'Heureux-Dubé de la Cour suprême du Canada a expliqué en termes très éloquents la question des droits procéduraux:

L'objet des droits de participation qu'on y prévoit consiste à garantir que les décisions administratives sont prises en vertu d'une procédure juste et transparente qui correspond à la nature de la décision à prendre, qui traduit le contexte législatif, institutionnel et social, et qui donne l'occasion aux personnes touchées de présenter leurs vues et l'ensemble de leurs témoignages pour que le décideur en tienne compte.

Les honorables sénateurs devront donc se demander si ce droit limité de contrôle judiciaire — étant donné qu'une demande d'autorisation préalable doit être présentée en peu de temps — constitue une atteinte à ce droit de participation.

J'espère que mes quelques observations vous auront été utiles. C'est toujours un honneur et un plaisir de comparaître devant vous.

La vice-présidente: Merci, professeur Magnet.

Le sénateur Beaudoin: J'ai une question à vous soumettre qui a déjà été soulevée. Peut-être aimeriez-vous nous faire part de votre analyse, étant donné qu'elle est moins fondamentale. Le paragraphe 5(3) du projet de loi dit ceci:

Il n'est pas nécessaire de déposer de nouveau le projet de règlement devant le Parlement même s'il a subi des modifications.

Cela me paraît étrange. S'il a subi des modifications, il devrait être déposé devant les deux Chambres du Parlement. J'ai soulevé cette question l'autre jour en parlant avec un autre témoin, et j'aimerais donc savoir ce que vous en pensez. On dit dans ce paragraphe qu'il n'est pas nécessaire de déposer de nouveau le projet de loi devant le Parlement, même s'il a subi des

Mr. Magnet: I would like to respond briefly to that. At one point, a theory that the regulation would be crafted, laid before the house, and considered; if some t's needed to be crossed, or some i's needed to be dotted, the house did not need to concern itself with that. It was a technical means of doing things.

However, the kind of regulation-making power that exists here brings your question into serious relevance because the regulation-making power here travels in another step down a road of government bureaucracy. Clause 5(3) does say that a regulation that is laid before the house, but then goes and comes back with a fundamental change — which is possible, given the scope of the regulation-making power contained in the act — also does not need to come before the house. The proper way to consider an answer to the question that you pose is: Is there sufficient parliamentary oversight consistent with the principles of responsible government and democracy of this regulation-making power in the social context where we are not talking about gasoline standards and temperatures at which gas is cracked into a different products, but about fundamental rights of people to be members of our society and our community and to live among us?

Senator Beaudoin: My second question is related to that. For at least 20 years, we have been giving fantastic power of delegation to the Governor-in-Council. We give the Governor-in-Council the power to be much more precise than Parliament itself. The legislators are the Parliament. The Governor-in-Council is the executive. When they have the power to legislate or to draft regulations, they should stay within the mandate that is drafted by Parliament.

However, since 1970 or 1960, we have been giving more and more power to the Governor-in-Council and it is going too far. It is an abuse. If you look carefully at some clauses in Bill C-11, you see such abuse. Parliament should be much more responsible for legislation. Parliament is not jealous enough of its own power. We delegate too much. That is one thing that has attracted my attention to this bill, namely, the clause dealing with the regulations to the Governor-in-Council. That is my second concern.

My third concern is the question of appeal. You referred to it at the end of your remarks. The right of appeal is part of the rule of law in our country. We are criticized for certain appeals that are not too productive, but it is up to Parliament to change its appeal system. I would like to know what you think about that.

Mr. Magnet: I share your concerns about parliamentary oversight, however the problem is very sophisticated. If there is to be parliamentary, as opposed to bureaucratic, oversight of the regulatory base the consolidated regulations occupy 25,000 pages and the regulatory plan is very intense in each year.

modifications. À mon avis, s'il a subi des modifications, il devrait être déposé de nouveau devant chaque Chambre.

M. Magnet: J'aimerais réagir brièvement. À un moment donné, la théorie voulait que le règlement soit élaboré, déposé devant les Chambres du Parlement et examiné par elles; autrement dit, s'il y avait quelques détails mineurs à régler, il n'était pas nécessaire de soumettre ces changements mineurs à l'examen du Parlement. C'était surtout une façon de régler les questions techniques.

Cependant, votre question est d'autant plus pertinente que le genre de pouvoir de réglementation prévu ici va encore plus loin en déléguant certains pouvoirs à la bureaucratie. Le paragraphe 5(3) prévoit effectivement qu'il n'est pas nécessaire de déposer de nouveau le projet de règlement devant le Parlement même s'il a subi des modifications fondamentales, ce qui est tout à fait possible vu l'étendue des pouvoirs de réglementation que prévoit ce projet de loi. Pour bien répondre à votre question, il convient de se demander ceci: le droit de regard du Parlement est-il suffisant et conforme aux principes démocratiques liés au gouvernement responsable, par rapport notamment au pouvoir de réglementation dans un contexte social — c'est-à-dire qu'on ne parle pas de normes d'essence ou de la température à laquelle le gaz est transformé en produits différents, mais plutôt du droit fondamental de certains citoyens d'être membres de notre société, de notre collectivité et de vivre parmi nous?

Le sénateur Beaudoin: Ma deuxième question est dans le même ordre d'idées. Depuis au moins 20 ans, nous accordons des pouvoirs de délégation considérables au gouverneur en conseil. Nous permettons au gouverneur en conseil de prendre des décisions beaucoup plus précises que le Parlement lui-même. Or, le législateur, c'est le Parlement. Le gouverneur en conseil représente l'exécutif. Quand ce dernier a le pouvoir de prendre des mesures par voie législative ou d'élaborer des règlements, il doit se conformer au mandat qui lui est conféré par le Parlement.

Cependant, depuis 1970, ou même depuis 1960, nous conférons de plus en plus de pouvoir au gouverneur en conseil, et ça va trop loin. C'est abusif. Si vous regardez de près certains articles du projet de loi C-11, vous y verrez des dispositions abusives. Le Parlement devrait assumer beaucoup plus de responsabilité à l'égard des lois. Le Parlement n'est pas assez jaloux de son propre pouvoir. Nous en déléguons beaucoup trop. Voilà justement ce qui m'a frappé dans ce projet de loi, à savoir l'article qui porte sur le pouvoir du gouverneur en conseil par rapport au règlement d'application. Ça, c'est ma deuxième préoccupation.

Ma troisième préoccupation concerne les appels. Vous en avez parlé à la fin de votre exposé. Le droit d'appel sous-tend la primauté du droit au Canada. Nous sommes parfois critiqués parce que certains appels peuvent être improductifs, mais c'est finalement au Parlement de changer sa procédure d'appel. J'aimerais donc savoir ce que vous en pensez.

M. Magnet: Je partage vos préoccupations concernant le droit de regard du Parlement, mais il ne faut pas oublier que ce problème est très complexe. Si nous souhaitons que ce soit le Parlement, plutôt que la bureaucratie, qui exerce un droit de regard sur la réglementation, on part du principe que la

The interesting thing about our system of government is that there is a capacity in the bureaucracy to oversee regulation by legislation, since the life of the bureaucracy is given by each regulation. Each one lives on top of a regulatory basis and plays with it, grooms it, tends it and waters it. That capacity is not or not yet within the committee system and the staff system of the chambers. To put it there requires a certain alteration of our system or a certain strengthening of the muscle of committees such as this.

We are aware that we have a democratic deficit in our system of government. We must be alert to whether that deficit is properly incurred, because it allows us to do the kinds of things that we want to do. Or are we drawing on it and making it larger in ways that are antithetical to our fundamental principles? I think this is the calculus.

I realize I have not given you a pinpoint yes or no answer, but I share your concern. It is a very well placed one, a subtle and sophisticated one in which the range of answers is likely to be also quite subtle, sophisticated and, in some cases, come with great cost.

Senator Cordy: My background is not as a constitutional expert, so it is somewhat difficult following Senator Beaudoin.

You talked about the definition of "terrorism." That certainly is something we have heard, namely, that we need to define it. However, few organizations or countries have been able to define "terrorism" or "terrorist activities."

How do you get a definition of "terrorism?" You talked in your preamble about some of the exceptions that would be covered by the proposed definition of "terrorist acts." How do you get a definition of "terrorism" that is broad enough to cover the unanticipated — because that is what terrorist acts are — while at the same time it excludes the examples that you gave such as the student demonstrator?

Mr. Magnet: It is necessary to work at it. With the examples of the student demonstrator and others, I realize it is a difficult problem. However, terrorism is a theatrical display of horror to get attention for a cause that otherwise would not make it on to the public agenda. This is what it is. It is the creation of horror and making sure that that spectacle will be trumpeted into people's consciousnesses in order to alter their priorities.

If we want to capture specific acts it is, as you say, very difficult, because there are many ways to get attention. There are many ways to get on to the public agenda. What we have seen is an increasingly virulent means of doing it. I believe that to properly draw this equation you need good strategic information. In other words, what is the threat that we currently face? We craft

Codification des règlements du Canada comportera désormais 25 000 pages et qu'il y aura un plan de réglementation très chargé chaque année.

Ce qui est intéressant à propos de notre système de gouvernement, c'est que la bureaucratie au Canada est habilitée à exercer son droit de regard sur la réglementation par voie législative, puisque chaque règlement élargit l'entendue des pouvoirs et de l'influence de la bureaucratie. Chacun vient s'ajouter à un ensemble important de règlements et l'entretient et le grossit. Cette capacité ne relève pas — du moins, pas encore — des comités ni du personnel des deux Chambres. Leur donner cette capacité suppose la modification de notre système et le renforcement des pouvoirs de comités comme le vôtre.

Nous sommes conscients du déficit démocratique qui caractérise notre système de gouvernement. Nous devons cependant nous demander si ce déficit est justifié, puisqu'il nous permet de prendre les mesures que nous jugeons essentielles, ou si nous en profitons d'une manière inappropriée et contraire à nos principes fondamentaux? Voilà le calcul à faire.

Je me rends compte que je n'ai pas vraiment répondu à votre question par un oui ou non définitif, mais disons que je suis sensible à votre crainte. C'est une crainte subtile et sophistiquée que vous exprimez à bon escient et à laquelle les réponses sont susceptibles d'être aussi subtiles et sophistiquées, voire même, dans certains cas, très coûteuses.

Le sénateur Cordy: Comme je ne suis pas experte constitutionnelle, j'ai un peu de mal à suivre les propos du sénateur Beaudoin.

Vous avez parlé de la définition du «terrorisme». Les témoins nous ont justement fait savoir que nous devons absolument définir ce terme. Il reste que peu d'organismes et peu de pays du monde aient encore réussi à définir les termes «terrorisme» ou «activités terroristes» de façon adéquate.

Comment en arriver à une définition du «terrorisme»? Dans votre préambule, vous avez fait état des exceptions qui pourraient être visées par le projet de définition des «actes terroristes». Mais comment en arriver à une définition du «terrorisme» qui soit suffisamment générale pour englober l'imprévu puisque telle est la caractéristique principale des actes terroristes — tout en excluant des situations comme celles que vous avez décrites, entre autres, celle de l'étudiant protestataire?

M. Magnet: Cela demandera du travail. Je me rends compte que les exemples de l'étudiant protestataire et d'autres posent vraiment problème. Cependant, le terrorisme, c'est la pratique théâtrale de l'horreur pour attirer l'attention sur une cause qui ne serait pas autrement connue du public. Voilà ce que c'est. C'est la pratique de l'horreur en vue de s'assurer que ceux qui auront assisté aux actes en question seront amenés à modifier leurs priorités.

Si nous voulons que la loi s'applique à des actes précis, comme vous le dites, ce sera très difficile, parce qu'il y a toutes sortes de façons de retenir l'attention du public et de faire parler de soi. Nous constatons que les moyens qui sont pris pour atteindre cet objectif sont de plus en plus violents. À mon sens, pour s'assurer du bon équilibre, il faut disposer de bonnes informations

our legislation to meet the real, not the imagined. What is the real threat? To have a good definition of terrorism, to protect us against what we fear, we need strategic information as to what is threatening us, including, as you say, senator, erring at the margins of the unforeseen.

I think we are in a bit of a gap here. We do not have the strategic information we need. I cannot speak with certainty about what CSIS knows and does not know, but I would be surprised if CSIS is strategically on top of our current challenges. You have had witnesses before you to speak somewhat about that. I read that and I did not come away with a tremendous sense that I no longer need to take Valium.

I believe there is a strategic gap and that we need to direct our attention to filling it, together with our international partners. We need to know what is threatening us and we need to craft our legislation in the image of those threats. When we are crafting the bill, we need to engage in student demonstrator-type exercises to see if we are going too wide.

Perhaps I will develop these remarks on Wednesday before the committee studying terrorism, but I believe what has happened here is that, as in 1970, when there were two kidnappings we did not know if there were two FLQ cells or if there were 200 or 2,000. Therefore we did something large and discovered that there was only something small there. To a certain extent we can say we did the right thing because the problem was solved but, again, at a considerable cost. We have to soberly reflect on whether that is right. Again, we do not know whether there were four suicide bombers or 400 or 4,000.

We exist in this room, I believe, with all due humility, in a bit of a strategic gap. The legislation to balance rights against threats needs that gap filled, so that we can make the equation whole.

Senator Cordy: I would agree with what you are saying, but it almost makes me feel more convinced that it is difficult to get a definition that would fill the unanticipated. When you are looking behind, 20-20 vision is clear, but because we do not know what will happen, we try to make a bill that will look at what will happen in the future. Your comments certainly have indicated that that is the way we should go.

stratégiques. Autrement dit, il faut savoir à quelles menaces nous sommes actuellement confrontés? À ce moment-là, nous élaborons nos dispositions législatives en fonction d'éléments réels, plutôt qu'imaginaires. Quelle est la véritable menace qui pèse sur nous? Pour avoir une bonne définition du terrorisme qui nous protège contre ce que nous craignons, il nous faut des informations stratégiques sur les menaces éventuelles auxquelles nous pourrions être confrontés — qui incluent, comme vous le dites, sénateur, les imprévus.

Le problème, c'est qu'il y a des lacunes. Nous ne disposons pas des informations stratégiques qu'il nous faut. Je ne peux pas vous dire avec certitude ce que le SCRS sait ou ne sait pas, mais je serais surpris d'apprendre que le SCRS dispose de toutes les données stratégiques nécessaires concernant les problèmes potentiels les plus importants. Je pense que certains des témoins que vous avez reçus ont abordé la question avec vous. J'ai lu ces témoignages, et je n'avais pas du tout l'impression que je n'ai plus besoin de Valium.

Pour moi, il existe un écart stratégique que nous devons nous efforcer de combler de concert avec nos partenaires internationaux. Il nous faut savoir ce qui nous menace et ensuite élaborer nos lois en conséquence. Et au moment de définir nos propositions législatives, nous devons aussi chercher à connaître le champ d'application de ce que nous proposons au moyen d'exercices touchant les cas les plus limites, comme celui de l'étudiant protestataire.

J'aurai peut-être l'occasion de faire des observations plus détaillées sur le sujet quand je comparaitrai mercredi devant le comité saisi du projet de loi antiterroriste, mais à mon avis, la situation actuelle est très analogue de celle à laquelle nous nous trouvions confrontés en 1970, quand deux personnes ont été enlevées et que nous ne savions pas s'il y avait deux cellules du FLQ, ou plutôt 200 ou 2 000. Nous avons donc décidé de ratisser large, pour découvrir ensuite que les instigateurs étaient peu nombreux. Dans une certaine mesure, on pourrait dire que les mesures prises à l'époque étaient appropriées, puisqu'elles ont permis de régler le problème, mais encore une fois, nous les avons payées cher. Il convient par conséquent de réfléchir longuement à l'opportunité d'une telle approche cette fois-ci. Encore une fois, nous ne savons pas s'il y a eu quatre pilotes kamikase ou plutôt 400 ou 4 000.

Donc, à mon avis, et je vous dis cela en toute humilité, nous faisons actuellement face à une sorte d'écart stratégique. Pour que la loi qui doit établir le bon équilibre entre les droits et les menaces soit bien définie, il faut absolument que cet écart soit comblé.

Le sénateur Cordy: Je suis d'accord avec vous, mais jusqu'à un certain point, cela met encore plus en relief la difficulté que représente l'élaboration d'une définition qui permet d'englober les imprévus. Rétrospectivement, les choses semblent toujours très claires, mais puisque nous ne savons pas ce qui risque de se produire, nous devons élaborer un projet de loi qui permettra de réagir à tous ce qui pourrait se produire à l'avenir. Et vos observations indiquent clairement que telle est la voie à suivre.

My next question has to do with looking at your comments on leave for judicial review, and you talked about the fact that people would have 15 days. If you were outside of the country, you would get 60 days. Clause 72(c) says that the judge may allow an extended time for filing. I am wondering if you feel that this clause would cover some of the extenuating circumstances that you mentioned in your discussion earlier?

Mr. Magnet: No, I do not. I say that as a lawyer recently asking the Federal Court to extend its discretion to give a quick hearing where there was an emergency situation of suicides on an Indian reserve. The Federal Court does not extend these discretions lightly. I do not believe that you would find in the Federal Court that safety switch that you are looking for that is perhaps necessarily here.

Speaking for myself, the way to strike the balance is to strike the balance. Honourable senators need to be satisfied that the balance is struck and not think the courts will deal with it if we have it wrong. The balance must be struck here.

Senator Cordy: I am not a lawyer. If you make an application for judicial review, must you have all the information in your application, or do you only need to submit that you will, in fact, make a leave for judicial review?

Mr. Magnet: A judge of the Federal Court would be someone like me who has switched jobs, has been a law professor or a lawyer of 25 years in practice. When you come seeking leave for judicial review, that person would be thinking, "I am busy, we have a big caseload, we must get through our caseload." The judge would want to be shown quickly why he or she should be concerned about this case. What is really in the case? We speak of *prima facie* cases, but the judge wants to know whether there is really something here; is this serious or is this wasting time? That question must be answered when there is not a great deal of time to look into the matter.

To convince a judge of that, you have to be making your case. You cannot say, "I will be looking into this, I will be finding something, and maybe there is something there." The judge would want to know why you did not have it. The leave process can be intensive and require a thorough justification.

Senator Cordy: If you are giving your notice within 15 days, do all the details need to be in the notice, or do you just have to give notice that you will be seeking leave for appeal?

Ma prochaine question concerne votre analyse de la disposition portant sur les demandes d'autorisation de contrôle judiciaire; vous avez parlé du fait que les gens disposeront d'un délai de 15 jours. Mais si vous étiez à l'étranger, vous auriez droit à 60 jours. D'ailleurs, l'alinéa 72(2)c) prévoit que le délai peut être prorogé pour motif valable. À votre avis, cet alinéa ne répond-il pas à la difficulté que les circonstances atténuantes que vous mentionniez tout à l'heure risquent de poser?

M. Magnet: À mon avis, non. Et je vous fais cette réponse en ma qualité d'avocat qui a récemment demandé à la Cour fédérale d'exercer son pouvoir discrétionnaire pour organiser une audience rapide sur une situation urgente liée aux suicides dans une réserve indienne. La Cour fédérale est toujours réticente à exercer ce pouvoir. À mon avis, la Cour fédérale ne pourra offrir cette sécurité additionnelle que vous cherchez et qui est peut-être nécessaire dans ce contexte.

En ce qui me concerne, pour être sûr que cet équilibre existe, il faut créer les conditions qui vont lui permettre d'exister. Et les honorables sénateurs devront être convaincus que cet équilibre existe, plutôt que de se dire que les tribunaux régleront les problèmes qui pourraient surgir si nous nous trompons. Il faut que cet équilibre trouve son expression concrète dans la loi.

Le sénateur Cordy: Je ne suis pas avocate. Quand vous présentez une demande de contrôle judiciaire, est-ce que votre demande doit comporter tous les renseignements pertinents, ou suffit-il de faire savoir que l'on a l'intention de présenter une demande de contrôle judiciaire?

M. Magnet: Un juge de la Cour fédérale risque d'être quelqu'un comme moi — c'est-à-dire quelqu'un qui change d'emploi après avoir été professeur de droit ou avoir été en exercice pendant 25 ans. Quand vous vous présentez devant cette personne pour demander un contrôle judiciaire, cette personne va se dire: Je suis occupé, nous avons une grosse charge de travail, et nous devons absolument passer au travers tous ces dossiers. Ainsi le juge voudra déterminer rapidement s'il convient ou non qu'il examine ce dossier. De quoi s'agit-il? Nous parlons souvent de prétentions établies à première vue, mais le juge veut surtout savoir si la demande est fondée; il veut savoir si c'est une demande sérieuse ou si elle lui fera perdre son temps. Il faut qu'on puisse répondre à cette question alors qu'on n'aura pas eu beaucoup de temps pour trouver la réponse.

Donc, pour convaincre un juge du bien-fondé de votre demande, vous devrez avancer de bons arguments. Il ne s'agira pas de lui dire: «Je compte me renseigner sur telle chose, j'aurai tel document ou telle source d'information me sera utile». Le juge voudra savoir pourquoi vous n'avez pas déjà toute cette information-là. La procédure de demande d'autorisation peut être intensive et suppose une solide justification.

Le sénateur Cordy: Si vous avez 15 jours pour déposer votre demande, est-ce que l'avis que vous donnez à la Cour à ce moment-là doit comporter tous les détails, ou suffit-il à ce moment-là de prévenir la Cour que vous comptez déposer une demande d'autorisation?

Mr. Magnet: You must convince the judge in the leave application that the application, if leave is granted, will be serious. That is your opportunity to do that.

Senator Andreychuk: I want to go back to clause 34 that you were talking about, the phrase “engaging in terrorism” and the difficulty of deciding on a definition. You then tie it down to the appeals or the administrative review.

First, on the definition of terrorism, when it stands alone this way, do you know of any guidelines or any rules — I have not been able to find them — within the immigration system in Canada that would help us define this as a serious matter as opposed to one that might be included in your category young people with lessons learned? What are the trends in interpreting this?

Mr. Magnet: To my knowledge we do not have a high volume of apprehensions of suspected terrorists. We do have a procedure for serious criminality. The courts have considered it and the courts have given the department quite a leeway, particularly in the *Chiarelli* case in the Supreme Court of Canada. However, I do not think that we have a great deal of experience with this, and I do not believe that we have a sophisticated mechanism within the department in respect of terrorism, as opposed to serious criminality or organized crime.

Senator Andreychuk: You have commented on clause 72(1), and I take your point there about the appeal mechanism. Could you comment on clause 64(1)? Would your thinking be similar where it states:

No appeal may be made to the Immigration Appeal Division by a foreign national or their sponsor, or by a permanent resident if the foreign national or permanent resident has been found guilty to be inadmissible on grounds of security, violating human or international rights, serious criminality or organized criminality.

Would your opinion be the same about this clause as it is on clause 72(1)?

Mr. Magnet: No. I did read in the blues of the remarks of the Canadian Bar Association before you, and I know that they are very concerned about it and rightly so. To my mind, it is a balancing exercise. With regard to the delays, costs and the caseloads of these appeals, there is a balance to be struck in terms of how extensive a right should be given because people are here pending appeal. Many of these appeals will be merely to delay the process. We know that.

If you create a system, people press on the edge of the system, and the system is not always used in the right way. The intention is to screen out more of these less meritorious appeals in an effort

M. Magnet: Vous devez convaincre le juge chargé d'examiner votre demande d'autorisation que si l'autorisation est accordée, votre demande sera une demande sérieuse. C'est votre seule occasion de le convaincre du sérieux de votre demande.

Le sénateur Andreychuk: Je voudrais revenir sur l'article 34 dont vous parliez tout à l'heure, c'est-à-dire l'expression «se livrer au terrorisme» et la difficulté que pose l'élaboration d'une définition. On fait intervenir alors les procédures d'appel et d'examen administratif.

D'abord, sur la définition du terrorisme, étant donné que cette expression est employée sans contexte, y a-t-il des lignes directrices ou des règles — j'avoue que je n'ai pas réussi à en trouver — dans le cadre du système d'immigration au Canada qui nous aideraient à faire comprendre qu'il s'agit là d'actes graves, par rapport à ceux qui pourraient être compris dans cette autre catégorie, c'est-à-dire les jeunes qui ont quelque chose à prouver? Quelles sont les tendances actuelles en ce qui concerne l'interprétation de ce genre de disposition?

M. Magnet: À ma connaissance, il ne nous arrive pas souvent au Canada d'arrêter des gens soupçonnés de terrorisme. Par contre, nous avons une procédure en bonne et due forme pour les crimes graves. Les tribunaux ont pu se pencher sur cette procédure et ont cru bon de donner une assez grande marge de manoeuvre au ministère, notamment dans l'affaire *Chiarelli* devant la Cour suprême du Canada. Mais à mon avis, nous n'avons guère d'expérience de ce genre de choses, et que je sache, il n'existe pas non plus au sein du ministère un mécanisme sophistiqué pour traiter d'éventuels cas de terrorisme, par rapport à d'autres crimes graves ou encore le crime organisé.

Le sénateur Andreychuk: Vous nous avez fait part de vos observations sur le paragraphe 72(1), et je comprends très bien ce que vous dites au sujet de la procédure d'appel. Pourriez-vous nous dire ce que vous pensez du paragraphe 64(1)? Êtes-vous du même avis à l'égard de la disposition que voici:

L'appel ne peut être interjeté par le résident permanent ou l'étranger qui est interdit de territoire pour raison de sécurité ou pour atteinte aux droits humains ou internationaux, grande criminalité ou criminalité organisée, ni par dans le cas de l'étranger, son répondant.

Votre opinion sur la disposition susmentionnée est-elle sensiblement la même que sur le paragraphe 72(1)?

M. Magnet: Non. J'ai bien lu les feuillets bleus des délibérations du comité présentant l'exposé de l'Association du Barreau canadien, et je sais par conséquent que l'Association est très préoccupée — à juste titre — par cette disposition. En ce qui me concerne, il s'agit de créer le bon équilibre. Par rapport au coût des appels, au nombre de dossiers et aux retards qu'ils peuvent entraîner, il me semble qu'il faut s'assurer d'établir l'équilibre approprié entre les droits de ceux qui veulent interjeter appel. Le fait est que bon nombre de ces appels ont pour seul objectif de retarder les choses, et nous le savons très bien.

Quand on crée un système, les gens ont tendance à vouloir l'exploiter au maximum, si bien que le système n'est pas toujours utilisé à bon escient. L'intention est donc d'éliminer le plus grand

to streamline, save costs and improve decisional time frames. I understand that a good system must run well. It must be cost efficient. It must be businesslike. I understand those objectives. The submissions of the Canadian Bar were very moving on the point. I cannot really enlighten you beyond that. I did not go into an area that I know is of great interest to you because they have covered that ground.

When I say that I do not equate the right of appeal before the immigration appeal division under clause 64 with the right of judicial review, it is because the right of judicial review is fundamental. It is fundamental to our system. If something serious is caused a person by the bureaucracy — by the omni-present administrative state in which we are happy to live — the fundamental right of our constitutional system is to seek judicial review. This has been taught in administrative law for the past 30 years, and now it has a constitutional basis. It is a right that a court will look at the event before the state can do something to a person. We do not have a society where someone shows up, claims something serious has been done and that is the end of it without any accounting.

The appeal is to be seen as a cost benefit type thing in clause 64. Giving this appeal provides the benefit of reducing the risk of an erroneous determination. The cost is the cost of the appeal, and Mr. Showler quantified it for you. That is different than the fundamental right in our society to go to court if something terrible has happened and claim that it is not justified.

Senator Andreychuk: Did you put your mind to the fact that “permanent national” or “foreign national” as defined through this act includes a stateless person? Does that heighten that critical analysis that you make in our responsibility to stateless people? In addition, if there is not this judicial review, as you are pointing out, could these people not be repatriated to places where the death penalty would be invoked?

Mr. Magnet: I have to confess, senator, I have not considered that.

Senator Roche: I would like to, Professor Magnet, thank you very much for your testimony here today. I would like to return to the terrorism aspect.

You drew our attention in clause 34 to the provision that a permanent resident would be inadmissible on security grounds for (c) engaging in terrorism. I understood you to be saying that the regulatory process would cover the application of that.

nombre d'appels non fondés afin de rationaliser les opérations, de faire des économies et d'améliorer les délais décisionnels. Je sais qu'un bon système doit être bien administré. Il doit reposer sur une bonne analyse coût-efficacité. Il doit respecter des principes commerciaux. Je comprends très bien tous ces objectifs. À cet égard, les arguments du Barreau canadien étaient fort convaincants. Donc, je ne peux pas vraiment vous en dire plus. J'ai décidé de ne pas commenter cet aspect-là du projet de loi, même si je sais qu'il vous intéresse beaucoup, étant donné que les représentants du Barreau en avaient déjà longuement parlé.

Quand je vous dis que je ne mets pas sur le même pied le droit d'appel devant la Section d'appel de l'immigration en vertu de l'article 64 et le droit au contrôle judiciaire, c'est parce que le droit de demander le contrôle judiciaire est tout à fait fondamental. C'est l'un des fondements mêmes de notre système. Si une personne subit un préjudice grave à cause de la bureaucratie — c'est-à-dire l'administration omniprésente qui régit la société dans laquelle nous sommes ravis de vivre — notre système constitutionnel prévoit qu'on pourra exercer son droit fondamental de demander un contrôle judiciaire. C'est l'un des préceptes même du droit administratif tel que nous l'enseignons depuis une trentaine d'années, et ce droit est maintenant consacré dans la Constitution. Ce droit prévoit qu'un tribunal pourra examiner l'événement en question avant que l'État puisse imposer quelque chose au citoyen. Nous ne vivons pas dans une société où lorsque quelqu'un se présente devant un tribunal pour faire état du grave préjudice qu'on lui a causé, l'affaire en reste là sans que quiconque ne soit appelé à répondre de ses actes.

L'appel dont il est question à l'article 64 repose surtout sur le rapport coût-efficacité. Accorder ce droit d'appel présente l'avantage de réduire le risque d'une décision erronée. Le coût qui en découle est celui de l'appel, et M. Showler vous a déjà donné des statistiques précises à ce sujet. Ça, c'est différent du droit fondamental de membres de la société d'aller en cour si quelque chose de grave leur arrive et qu'ils estiment que ce n'est pas justifié.

Le sénateur Andreychuk: Avez-vous tenu compte du fait que les termes «résident permanent» ou «étranger», tels qu'on les définit dans ce projet de loi, comprennent les personnes apatrides? Est-ce que cela ne rend pas plus importante l'analyse critique que vous devez faire de notre responsabilité à l'égard des personnes apatrides? De plus, comme vous l'avez dit, l'absence de ce contrôle judiciaire, ces personnes ne pourraient-elles pas être renvoyées dans des pays qui appliquent la peine de mort?

M. Magnet: J'avoue, sénateur, que je n'ai pas envisagé cette possibilité.

Le sénateur Roche: Je tiens à vous remercier, professeur Magnet, pour vos témoignages cet après-midi. Je voudrais revenir sur la question du terrorisme.

Vous avez attiré notre attention sur la disposition de l'article 34 portant qu'un résident permanent pourrait être frappé d'interdiction de territoire pour raison de sécurité du fait de c) se livrer au terrorisme. J'avais cru comprendre, d'après votre explication, que le règlement définirait les détails précis de l'application de cette disposition.

Bill C-36 contains a definition of terrorism, albeit protracted. Should these two pieces of legislation — Bill C-11 and Bill C-36 — be made consonant with respect to the definition of terrorism, so that there would be no doubt in the application of Bill C-11 as to who is a terrorist and thereby not admissible to this country? The person making the decision would be able to fall back on the definition as explicated in Bill C-36 rather than to have, perhaps, a subjective interpretation under regulation.

Mr. Magnet: Thank you. It is really an excellent question. Bill C-11 is a long time in the manufacture. It has come out of the department's cooker in this form probably prior to the events of September 11. Bill C-36 is dripping with anxiety and we see an attempt to capture everything that might harm us.

The thought that now there should be some harmony between the two definitions is a very rational and helpful thought. As a society and as a Parliament, we will have some very energetic discussions about Bill C-36. Perhaps, when that debate settles down and with the advantage of some hindsight after Bill C-36 operates for a while, that might be a better time at which to search for that harmony. There is a certain degree of excitement and urgency about Bill C-36. Perhaps we do not need to pour into the Immigration Act at this time.

Senator Roche: I think that Bill C-11 is not dripping with anxiety, and thus is a long-range consideration. Someone said that it could be 25 years before it is readdressed.

I would like to try to pin you down just a bit more on whether the harmonization of the definition of terrorism as explicated in Bill C-36 should be built into Bill C-11 now, rather than later. Is there a possibility of confusion in interpretation based on regulation here in C-11 and in C-36, where it is explicitly stated in legislation? I am grappling with whether Bill C-11 should be amended in order to bring into it immediately the definition of terrorism that is found in Bill C-36.

Mr. Magnet: Senator, without being able to thoroughly resolve the debate, might it be possible for you to be comforted by the provisions to which I have drawn your attention in clause 43 where it is noted that terrorism is subject to definition by the bureaucracy? I have made some remarks indicating concern about clause 43 from some people, but it may be that the concerns that you are raising might be addressed by the ability to have ongoing regulatory definition of terrorism in clause 43. It might be that you would find yourself in the company of like-minded legislators on that issue.

Le projet de loi C-36 comporte une définition du terrorisme, un peu longue, je l'avoue. Convierait-il à votre avis d'harmoniser ces deux projets de loi — le projet de loi C-11 et le projet de loi C-36 — par rapport à leur définition du terrorisme, pour que l'application du projet de loi C-11 en ce qui concerne le fait de savoir qui est terroriste et donc frappé d'interdiction de territoire ne ferait plus l'objet d'aucun doute? C'est-à-dire que la personne chargée de prendre la décision pourrait se fonder sur la définition complète qu'on retrouve dans le projet de loi C-36, plutôt que sur une interprétation peut-être subjective dans le contexte de la réglementation.

M. Magnet: Merci, c'est une excellente question. Le projet de loi C-11 est en préparation depuis longtemps. Cette version a sans doute été pondue par le ministère avant les événements du 11 septembre. Par contre, une sorte d'anxiété transperce le projet de loi C-36, d'où cette tentative pour englober tout ce qui pourrait éventuellement nous causer du tort.

L'idée d'assurer une certaine harmonie entre les deux définitions est non seulement rationnelle mais utile. En tant que société et en tant que Parlement, nous participerons certainement à des discussions très énergiques sur le projet de loi C-36. Lorsque les esprits se seront calmés et que l'on profitera d'une certaine rétrospection, après que le projet de loi C-36 aura été en vigueur depuis un moment, nous pourrions peut-être essayer de réaliser cette harmonie. Une certaine excitation et un sentiment d'urgence entourent le projet de loi C-36. Peut-être n'est-il pas indispensable d'assurer sa conformité avec la Loi sur l'immigration pour le moment.

Le sénateur Roche: Pour moi, le projet de loi C-11 n'est pas imprégné de ce sentiment d'anxiété qu'on constate dans l'autre, et comporte donc des considérations à plus long terme. Quelqu'un disait qu'il est fort possible que la Loi ne soit pas réexaminée avant encore 25 ans.

J'aimerais essayer d'obtenir de votre part une réponse un peu plus précise sur le fait de savoir si l'on devrait essayer d'harmoniser les définitions du terrorisme qu'on retrouve dans le projet de loi C-36 et C-11 maintenant, plutôt que plus tard. N'y a-t-il pas un risque de confusion, puisque le projet de loi C-11 prévoit que l'interprétation à donner sera précisée dans le règlement d'application, alors que le projet de loi C-36 comporte une définition explicite? Autrement dit, je me demande si l'on ne devrait pas modifier le projet de loi C-11 pour y incorporer immédiatement la définition du terrorisme qu'on retrouve actuellement dans le projet de loi C-36.

M. Magnet: Sénateur, sans pouvoir vraiment proposer une solution adéquate, je pense que les dispositions de l'article 43 sur lesquelles j'ai attiré votre attention sauront peut-être vous rassurer à cet égard, puisqu'on y dit que la définition du terrorisme sera élaborée par la bureaucratie. J'ai fait quelques commentaires au sujet des craintes de certains à l'égard de l'article 43, mais je me dis aussi que ce dernier comporte peut-être une solution, si l'on y prévoyait la possibilité de réviser en permanence la définition réglementaire du terrorisme, qui répondrait peut-être à votre préoccupation. Il est possible que d'autres législateurs soient du même avis que vous à cet égard.

Senator Roche: Perhaps the definition of terrorism that is found here might be inserted into the regulations for the bill.

Mr. Magnet: That is the intent of the bill.

Senator Roche: I will leave it at that.

I want to return to the clause 64 that Senator Andreychuk raised a moment ago. This is a part of the bill that has caused a number of our witnesses, as you know, some considerable concern. I listened to you as carefully as I could when you were speaking a moment ago about clause 64(1). Would you take me through your thinking again?

It has been brought to our attention by a number of witnesses that the bill should be amended in respect of clause 64(1). Would you support such an amendment?

Mr. Magnet: I have not come before you to be casting a vote, but to assist you. I also have not come before you to say on the one hand and on the other hand and I cannot make up my mind, that is why I am a professor.

It may help you as a legislator to think about clause 64(1) from a cost benefit analysis. I think this is the right way. The benefits would be that the more procedure, the more appeals you have, the less the risk that you will make an erroneous determination. In a big system like ours, with upwards of 300,000 cases in a year, we will make mistakes. The mistakes, for the people caught in the system are serious and life-altering events. As a society, we do not want to make a mistake about a permanent resident who lives with us. We cannot eliminate mistakes completely, but we can spend, in procedure, to reduce the risk.

Clause 64(1) is one of the procedures, with the cost that Mr. Showler told you about, to ensure that we do not make more mistakes than we have to. In other words, if the appeal were allowed, it would reduce the risk. I think that is the way to think about it. There are some other ways to think about it and perhaps this would assist you. Again, it is by no means my purpose to duck your question, but only to be of help to you.

The language of clause 64(1) is in itself very wide. In other words, the appeal is denied to a person who is inadmissible on grounds of violating human rights. "Human rights" is a phrase that is very important to the ethos of our time. For at least the last 50 years, we have been in a rights revolution. However, the concept of human rights, as dealt with every day in the tribunals and courts, includes things that are not tremendously serious. In addition to including the tremendously serious things that happen here, the loss of status under the Act also includes some offensive comments, some misunderstandings that go on between people, some nasty people doing nasty things in the wrong places. Clause 64(1) also denies appeal to these people. We must

Le sénateur Roche: Peut-être qu'on pourrait incorporer la définition du terrorisme qu'on retrouve ici dans le règlement d'application du projet de loi.

M. Magnet: Telle est justement l'intention du projet de loi.

Le sénateur Roche: Très bien. Je ne m'étendrai plus là-dessus.

Je voudrais revenir sur l'article 64 dont parlait le sénateur Andreychuk tout à l'heure. Voilà une disposition qui suscite de graves préoccupations chez certains des témoins que nous avons reçus, comme vous le savez. Je vous écoutais attentivement quand vous faisiez part tout à l'heure de vos observations sur le paragraphe 64(1). Pourriez-vous répéter les éléments essentiels de votre réflexion à cet égard?

Plusieurs témoins nous ont fait savoir qu'il convient de modifier le paragraphe 64(1) du projet de loi. Êtes-vous en faveur d'un amendement en ce sens?

M. Magnet: Écoutez, je ne me présente pas devant vous pour voter en faveur de telle ou telle autre ligne de conduite, mais plutôt pour vous aider. Je ne suis pas là pour vous dire d'une part, il y a ceci, et d'autre part, il y a cela et de toute façon, je n'arrive pas à me décider; c'est bien pour cela que je suis professeur.

En tant que législateur, vous trouverez peut-être utile de voir le paragraphe 64(1) sous l'angle de l'analyse coût-bénéfice. Pour moi, c'est ça la bonne approche. Parmi les avantages, notons que plus il y a de procédures et plus il y a d'appels, moins vous risquez de faire des décisions erronées. Dans le cadre d'un système de grande envergure comme le nôtre — étant donné que nous traitons plus de 300 000 dossiers chaque année — il est inévitable qu'on fasse des erreurs. Mais ces erreurs, pour ceux qui doivent passer par le système, ont des conséquences graves qui peuvent changer le cours de leur vie. En tant que société, nous voulons éviter de faire une erreur à l'égard du résident permanent qui vit à nos côtés. Il ne sera jamais possible d'éliminer complètement les erreurs, mais nous pouvons investir davantage dans les procédures en vue de réduire les risques.

Le paragraphe 64(1) porte justement sur l'une de ces procédures, qui suppose les dépenses dont parlait M. Showler, et qui doit nous permettre de nous assurer qu'on commet un minimum d'erreurs. Autrement dit, si l'appel était accueilli, les risques seraient moindres. À mon avis, c'est comme ça qu'il faut voir les choses. Il y a évidemment d'autres façons de concevoir ce genre de mécanismes, mais je pense que cette perspective peut vous être utile. Encore une fois, je ne cherche pas à me dérober, mais plutôt à vous aider le plus possible.

La formulation qu'on retrouve au paragraphe 64(1) est très générale. Autrement dit, un appel ne peut être interjeté par quelqu'un qui est interdit de territoire pour «atteinte aux droits humains». Cette expression revêt une grande importance, vu la philosophie des gens de notre époque. Depuis au moins 50 ans, nous assistons à une révolution sur le plan des droits. Cependant, le concept des droits de la personne tel que l'entendent les tribunaux qui sont confrontés tous les jours à des questions de ce genre, comprend bien des éléments qui ne sont pas bien sérieux. En plus de désigner les actes très graves dont il peut être question ici, la perte de statut que prévoit la Loi peut être décidée pour cause de remarques désobligeantes, de malentendus entre différen-

consider whether we want to go that wide. In creating risk of error for deprivation of things to those people who might have done something not very nice but not tremendously serious, do we also want to have a significant risk of error of depriving them of a life-altering type opportunity, such as being deported after having been among us for 10 years?

Senator Roche: I thank you very much. I have no intention of attempting to put words in your mouth, but I will take your answer as strengthening my own resolve to seek an amendment on clause 64(1) when the time comes.

Finally, I know that you do not want to indicate that the bill should be amended here or there, but we are looking for guidance here. Are there any points in this bill that you find ought to be changed — serious points that injure your soul as an expert in the legal processes of Canada?

Mr. Magnet: Thank you for putting it so eloquently. The Canadian Bar Association made some very moving points. I was particularly struck by the police witnesses. You were very courteous to them, but I believe they were unable to satisfy you about strategic concerns. I was surprised, frankly, in reading how they operate abroad, to find how little capability they have. I am not sure that I can say that it injured my soul, but it did alarm me to see the small intelligence capability that they have, despite the very eloquent way in which they expressed themselves here.

Senator Di Nino: Welcome, professor. Obviously, some of the more pointed questions have been asked. If you do not mind, maybe we can dwell for several more minutes on clause 64.

There have been some strong opinions that the clause would very likely to be challenged in the courts. Would you agree with that?

Mr. Magnet: Yes.

Senator Di Nino: There have also been some comments during these proceedings that suggest that in order to deal with some of these issues, perhaps some consideration should be given to changing the Charter. There was even some thought that the enactment of the notwithstanding clause should be considered. Do you have any thoughts on either of those two points, as to whether either initiative should even be considered?

Mr. Magnet: Yes, I do. It follows from my earlier remarks. The Charter of Rights is not a suicide pact. It does not prevent us from taking measures that are reasonable and proportionate to things that threaten us. I say that notwithstanding section 33 and the ability to override Charter rights. Even without going there, courts are not in the habit of putting legislators in a straitjacket so that

tes personnes, ou parce que des gens méchants ont fait des choses qu'ils n'auraient pas dû faire aux mauvais moments. Le paragraphe 64(1) refuse le droit d'appel dans tous ces cas aussi. Il faut donc se demander s'il convient vraiment de ratifier aussi large. Étant donné que nous créons un risque important d'erreur du fait de priver de leurs droits des gens qui auraient pu faire des choses qui sans être très graves, ne sont pas très recommandables, voulons-nous aussi créer un risque important d'erreur en les privant de leurs droits par rapport à des décisions qui peuvent totalement changer le cours de leur vie, comme la possibilité d'être déportés après avoir vécu au Canada pendant une dizaine d'années?

Le sénateur Roche: Merci beaucoup. Je ne veux pas vous faire dire des choses que vous n'avez pas dites, mais ayant entendu votre réponse, je dois dire que je suis d'autant plus résolu à demander en temps et lieu que le paragraphe 64(1) soit modifié.

Enfin, je sais que vous n'avez pas envie de nous dire que le projet de loi devrait être modifié à tel article ou à tel autre article, mais nous avons besoin de vos conseils. Ce projet de loi comporte-t-il à votre avis des éléments qui devraient faire l'objet d'amendements — des éléments importants qui vous atteignent dans votre âme d'expert du système judiciaire canadien?

M. Magnet: Merci d'avoir exprimé cela en termes si éloquentes. L'Association du Barreau canadien a avancé un certain nombre d'arguments très convaincants. J'ai aussi été frappé par les représentants de la police. Vous avez été très poli, mais à mon sens, ils n'ont vraiment pas su répondre à vos préoccupations d'ordre stratégique. J'étais d'ailleurs assez surpris d'apprendre, à propos de leurs opérations à l'étranger, à quel point leurs capacités sont limitées. Je ne suis pas sûr de pouvoir vous affirmer que cela m'a atteint dans mon âme d'avocat, mais je sais que j'ai trouvé alarmant que leurs capacités soient si faibles en matière de renseignement, même s'ils se sont exprimés avec éloquence devant le comité.

Le sénateur Di Nino: Bienvenue, professeur. Il est évident que certaines des questions les plus importantes vous ont déjà été posées. Mais avec votre permission, je voudrais revenir quelques instants sur l'article 64.

Certains sont tout à fait persuadés que cet article sera probablement contesté devant les tribunaux. Êtes-vous d'accord là-dessus?

M. Magnet: Oui.

Le sénateur Di Nino: D'autres nous ont dit, dans le cadre de ces audiences, qu'il faudrait peut-être envisager de modifier la Charte pour régler un certain nombre de ces problèmes. Il a même été question d'invoquer la disposition d'exemption de la Charte. Pensez-vous que l'une ou l'autre de ces deux initiatives devrait être envisagée?

M. Magnet: Oui, absolument. Cela rejoint ce que je disais tout à l'heure. La Charte des droits n'est pas un pacte suicidaire. Elle ne nous empêche pas de prendre des mesures qui sont à la fois raisonnables et proportionnées aux menaces qui pèsent sur nous. Et je vous dis cela malgré l'existence de l'article 33 et du pouvoir de passer outre aux droits que prévoit la Charte. Même sans passer

they cannot respond to urgent, pressing problems with the tools that they need.

There is certainly no evidence in the 20-year history since the proclamation of the Charter of Rights and Freedoms that it has been an obstruction to serious security work. There is simply no evidence of that. There is a security gap, but it is not one brought about by the Charter of Rights and Freedoms. Until there is evidence of that, talk of changing the Charter is simply throwing words in the air so that everyone will feel better.

However, we are not doing what we really need to do, which is to close the strategic gap. Talk of using the notwithstanding clause in section 33 of the Charter is more of the same: talk to create disrespect for the civil liberties society that we have built, so that some people feel a little better. In fact, we are not doing what we need to do, which is to equip our security services with the resources to have a safe perimeter.

Senator Di Nino: Thank you.

Since the interpretation of the *Singh* case, has there been any other jurisprudence that addresses these concerns — any other cases that you can bring to our attention that, in effect, would enlighten us further on this issue?

Mr. Magnet: There are many other cases. I would be happy to send you a list, Senator. I mentioned *Chiarelli*; *Baker* is obviously critical. There are many constitutional, administrative and immigration law cases that will help you understand some of the concerns that the courts have had with fair proceeding in immigration matters.

Senator Di Nino: As you have expressed, some feel serious concern about clause 43 and the government's ability to legislate through regulation. Yet, you seem to have stated — unless I misunderstood you — that some of these definitions would appropriately belong, or would better serve Canadians, within the regulation framework. Perhaps I misunderstood you, particularly as it dealt with the definition of "terrorism."

Mr. Magnet: Well, I am sorry if I expressed myself with inadequate clarity. I have a concern in respect of clause 43, which allows a definition of "terrorism" to be struck in the regulation without coming back before the Houses for parliamentary oversight. I would like to see greater justification for the necessity for that. I would put it on a constitutional plane — it cuts against constitutional norms of parliamentary oversight, responsible government and democracy.

par là, on peut dire que les tribunaux n'ont pas l'habitude de lier à ce point les mains du législateur qu'il soit dans l'impossibilité de réagir à des problèmes urgents et pressants en ayant accès aux outils les plus appropriés.

Rien ne semble indiquer que, dans les 20 ans qui se sont écoulés depuis la proclamation de la Charte des droits et libertés, cette dernière aurait entravé le travail sérieux de sécurité. Il n'existe pas de telle preuve. Il y a un écart de sécurité, mais cet écart n'est pas causé par la Charte des droits et libertés. Et tant qu'on n'aura pas prouvé que la Charte constitue vraiment un obstacle, ce projet de modification de la Charte se résumera à des paroles en l'air qui visent à rassurer tout le monde.

Il reste que nous ne prenons pas les vraies mesures qui s'imposent pour combler l'écart stratégique dont je parlais tout à l'heure. Envisager d'invoquer la disposition d'exception qu'on retrouve à l'article 33 de la Charte, c'est la même chose: des paroles qui visent à jeter le discrédit sur la société que nous avons édifiée ensemble et qui défend les libertés civiles, dans le seul but de faire plaisir à certaines personnes. Mais nous ne faisons pas ce que nous devons faire, c'est-à-dire doter nos services de sécurité des ressources dont ils ont besoin pour garantir la sécurité de nos frontières.

Le sénateur Di Nino: Merci.

Depuis l'interprétation donnée dans l'affaire *Singh*, y a-t-il eu d'autres jugements qui répondraient à ces préoccupations — c'est-à-dire d'autres décisions judiciaires dont vous pourriez nous parler pour nous aider à élucider ces questions?

M. Magnet: Il y a de nombreuses autres affaires pertinentes. Je me ferais un plaisir de vous en envoyer la liste, sénateur. J'ai parlé de l'affaire *Chiarelli*, et l'affaire *Baker* est évidemment critique. Il y a de nombreuses affaires touchant le droit constitutionnel, administratif et de l'immigration qui vous aideront à mieux comprendre les préoccupations des tribunaux en ce qui concerne l'équité des procédures touchant l'immigration.

Le sénateur Di Nino: Comme vous l'avez déjà dit, certains trouvent l'article 43 quelque peu préoccupant, de même que le pouvoir du gouvernement d'imposer des mesures législatives par voie de règlement. Mais vous semblez dire — à moins que je vous aie mal compris — que ce serait plus approprié ou disons dans l'intérêt des Canadiens que certaines de ces définitions soient précisées dans le règlement d'application. Peut-être que je vous ai mal compris, notamment pour ce qui est de la définition du terrorisme.

M. Magnet: Je suis désolé si mes propos n'étaient pas assez clairs. J'ai des craintes à l'égard de l'article 43, qui prévoit qu'une définition du terrorisme soit explicitée dans le règlement d'application sans que ce dernier soit déposé de nouveau devant les Chambres du Parlement pour examen. Je ne vois pas pourquoi c'est nécessaire et il faudrait donc qu'on fasse valoir des arguments plus convaincants à cet égard. Je dirais qu'il s'agit là d'un concept d'ordre constitutionnel — qui est en étroite corrélation avec les normes constitutionnelles du droit de regard du Parlement, du gouvernement responsable et de la démocratie.

Could this be challenged in the courts? I believe that it could be challenged in the courts, and I tried to indicate on what basis.

Senator Roche, I hope you will forgive me, without being able to give a direct yes or no to that, but I have concerns about it. I would invite senators, if they share my concerns, to demand justification for it from the police and from the department. It may be that there is information within the police and within the department that justify it, but I have not seen it.

Senator Andreychuk: You have said that in assessing this bill we weigh the necessity to streamline, as opposed to giving full and complete due process or rights, and that that is always a balance. In this streamlining, there have been some notorious cases noted in the newspapers that have gone on for years. I noted, for example, that a decision has not been given within a board for two or three years and they come back and say they have 40 boxes. I instantly think of the Microsoft case, which required more than 40 boxes and was within a shorter time frame.

Is not some of this streamlining that is necessary in the conduct of the administration of the process? That is within the purview of the department and the government in managing case loads. I am thinking that we have done this in criminal courts when there is a backlog of many cases and people get energized about that — either we release more bodies to cover that, or there are some administrative arrangements where everyone is brought through to try to rationalize the case loads, to impose internal professional conduct, et cetera. Is that not one of the things that the department and the minister should have been thinking of within this act, rather than entrenching it in the law?

Mr. Magnet: Yes, senator, your remark is eloquent and this is the thinking that has occurred throughout the legal culture. Certainly, in the criminal court, we ask ourselves, when most cases are decided without a trial by a plea, why are we throwing all of the resources at the trial process? Why do we not throw the resources at the front end to facilitate plea discussions and plea negotiations?

Throughout the administrative process, that is a question that we have been asking. Can we not front-load resources to deal with these things without procedure? Can we not have a new architecture in the bureaucracy that contains its own checks and balances at lower cost, higher speed and greater volumes?

Serait-il possible de contester la constitutionnalité de cette disposition devant les tribunaux? Je pense bien que oui, et j'ai essayé tout à l'heure d'évoquer les arguments qui justifieraient une telle action.

Sénateur Roche, j'espère que vous ne m'en voudrez pas de n'avoir pu répondre à votre question par un oui ou un non définitif, mais disons que j'ai des réticences à cet égard. J'invite donc les sénateurs, s'ils partagent mes préoccupations, à exiger que la police et le ministère vous indiquent les raisons qui justifieraient une telle mesure. Peut-être que les autorités policières et ministérielles ont des renseignements qui nous permettraient de conclure qu'une telle disposition est justifiée, mais je ne les ai pas vus.

Le sénateur Andreychuk: Vous avez dit qu'en évaluant ce projet de loi, il convient de mettre en balance la nécessité de rationaliser les opérations, et celle de l'application régulière de la loi ou la protection des droits, et qu'il s'agit toujours de faire l'équilibre. Par rapport à cette rationalisation, il a été question dans les journaux, depuis des années, d'ailleurs, d'un certain nombre de cas notoires. Par exemple, il y a un conseil d'enquête qui ne rend aucune décision depuis deux ou trois ans, et ils justifient en disant qu'ils ont 40 boîtes de documents. Ça me fait justement penser à l'affaire Microsoft, puisque là aussi, il y avait 40 boîtes de documents mais la décision a été rendue en bien moins de temps.

N'est-il pas vrai qu'une partie de cette rationalisation doit se faire au niveau de l'administration et de la gestion des opérations? C'est au ministère et au gouvernement de s'assurer de la gestion adéquate du volume de travail à accomplir. Ce genre de choses a déjà été fait pour les tribunaux criminels où les dossiers sont parfois en retard et les gens protestent; à ce moment-là, il faut soit prévoir plus de ressources humaines pour prendre en charge les dossiers ou mettre à l'essai une nouvelle formule administrative en vertu de laquelle tout le monde participe à l'effort par le biais de mesures de rationalisation des tâches, de normes de conduite professionnelle et interne, et cetera. À votre avis, le ministère et la ministre n'auraient-ils pas dû envisager des mesures de ce genre dans le contexte de la Loi actuelle, plutôt que d'incorporer ce mécanisme dans la législation?

M. Magnet: Oui, sénateur, vous avez tout à fait raison et tel est justement le raisonnement des juristes. Il est certain que dans le contexte des tribunaux criminels, nous devons nous demander, étant donné que la plupart des cas sont réglés par simple plaidoyer, mais sans procès, pourquoi nous consacrons autant de ressources aux activités entourant l'étape du procès? Pourquoi ne pas les consacrer aux premières étapes du processus pour faciliter les discussions et les négociations de plaidoyers?

Depuis la création de la démarche administrative, nous ne cessons de nous poser cette question. Ne serait-il pas possible de multiplier les ressources à l'étape initiale pour pouvoir régler ces questions-là sans avoir recours à d'autres procédures? Ne serait-il pas possible d'implanter une nouvelle structure au sein de la bureaucratie qui disposerait de son propre système de freins et de contrepoids et qui serait à même de traiter de plus gros volumes de travail plus rapidement et à un coût moindre?

I believe that this is the right calculus to apply to some of these questions. In other words, with respect to those meaningless appeals that have been hanging around with 40 boxes for two years, is it the right tool to say that it should have been brought within 15 days, otherwise it could not be brought at all? In one of those cases that has been hanging around — and there will be some thousands of them — there will be someone like you or me who simply got caught up in the wrong thing and really did not do anything wrong. A mistake will be made and a serious injustice will be done as a result.

This is the right kind of thinking and the right kind of calculus and it is an issue to be pushed upon the department when it comes back before you.

The Deputy Chairman: Professor Magnet, I thank you on behalf of the committee for appearing before us today. You are quite right, we sought you out to hear your advice on how to deal with some of the more contentious issues in this bill.

Our next witnesses are Mr. Francis Gervais and Ms Carole Brosseau from the Barreau du Québec.

[Translation]

Mr. Gervais, Bâtonnier du Québec, Barreau du Québec: The Barreau du Québec is pleased to have this opportunity to come before the Committee to present our views on Bill C-11.

I am accompanied today by Ms Carole Brosseau, who is with our Research and Legislation Division, and who, along with the rest of the team, has been reviewing this Bill since it was first introduced. I would like to give her a chance to present her comments on Bill C-11, after which I will conclude with some additional remarks.

Ms Carole Brosseau, Lawyer, Research and Legislation Division, Barreau du Québec: Thank you for this opportunity to appear before the Committee to present our views on Bill C-11. I want to apologize for some of our experts and members of our Bar committee who would have liked to be here today but were unable to make themselves available due to the short notice.

First of all, Bill C-11 has undergone a number of changes, but the clarifications introduced in this Bill are both significant and meaningful. As early as 1998, the Barreau du Québec took a favourable position with respect to rules that differentiate between immigration and refugee issues. Therefore, we are happy with the way Bill C-11 is currently drafted.

However, in clause 5 and throughout Bill C-11, we have noted the very broad regulatory power conferred by this legislation, and because of a built-in flexibility, it is clear that this is quite an extensive regulatory power. Regulations create rights. The Standing Committee on Justice proposed an amendment with respect to the laying before both Houses of Parliament of certain regulations. That amendment is now part of the Bill you are

Voilà, en ce qui me concerne, l'analyse qu'il convient de faire pour répondre à ces questions. Autrement dit, par rapport à tous ces appels inutiles qui traînent depuis deux ans à cause de ces 40 boîtes de documents, ne faut-il pas se dire que si la décision n'a pas pu être prise en 15 jours, elle ne devrait pas être prise du tout? L'un des dossiers qui traînent depuis très longtemps et il y en a plusieurs milliers — concerne quelqu'un comme vous ou moi qui a peut-être eu de mauvaises fréquentations mais qui n'a vraiment rien fait de grave. Tout cela aura pour résultat de nous faire commettre une erreur et, qui plus est, une grave injustice.

Voilà le genre de raisonnement et d'analyse qui doit primer et vous devrez insister là-dessus auprès des responsables ministériels lorsqu'ils comparaitront de nouveau devant vous.

La vice-présidente: Professeur Magnet, au nom de tous les membres du comité, je tiens à vous remercier de votre présence devant nous aujourd'hui. Vous avez tout à fait raison: nous vous avons invité à comparaître pour bénéficier de vos conseils sur la façon d'aborder les éléments les plus contestés du projet de loi.

Nos prochains témoins sont M. Francis Gervais et Mme Carole Brosseau du Barreau du Québec.

[Français]

M. Gervais, Bâtonnier du Québec, Barreau du Québec: Le Barreau du Québec est heureux de pouvoir se présenter devant vous aujourd'hui pour notre présentation relativement au projet de loi C-11.

Je suis accompagné de Mme Carole Brosseau, de notre service de recherche et de législation, qui a travaillé avec une équipe complète, et qui est informée du dossier depuis la première présentation. Je vais lui laisser l'occasion de faire sa présentation concernant les commentaires sur le projet de loi C-11 et j'aurai l'occasion en terminant de revenir avec quelques suppléments.

Mme Carole Brosseau, avocate, Service de recherche et de législation, Barreau du Québec: Je vous remercie de nous accueillir devant ce comité pour vous faire part de nos commentaires au sujet du projet de loi C-11. J'aimerais excuser quelques spécialistes en la matière, des membres de notre comité, qui auraient aimé être parmi nous, mais qui, compte tenu du court échéancier, n'ont pas pu se libérer.

D'abord, le projet de loi C-11, dans sa facture, a subi plusieurs modifications, mais la clarification apportée à la loi actuelle est significative et très intéressante. Déjà en 1998, le Barreau du Québec s'était favorablement positionné à l'égard d'une discrimination des règles relatives à l'immigration et celles relatives au statut du réfugié. Donc, la formulation actuelle du projet de loi C-11 nous convient fort bien.

Cependant, à l'article 5 et tout au long du projet de loi C-11, on peut constater le vaste pouvoir réglementaire de cette loi, et compte tenu d'une certaine souplesse, on peut voir un pouvoir réglementaire assez élaboré. Les règlements sont créateurs de droits. Le comité permanent de la justice a proposé une modification quant à la production de certains règlements par les deux Chambres. Cette proposition fait partie du projet de loi que

considering. Although we believe it is a step in the right direction, it is not enough.

For example, regulatory powers under the Proceeds of Crime Act that passed a year ago provided for pre-publication of regulations 60 days in advance so that interested parties, such as the Barreau du Québec or others, could make their views known on the content of the regulations and their impact on either the legislation itself or money laundering.

Although this Bill provides for the tabling of regulations, there is no pre-publication period set out to allow people an opportunity to make criticisms or suggest improvements — because criticism can be constructive — to the content of the regulations. We believe there is a need to go a little further and allow for comment and careful review of any proposed regulations to be passed in support of this Bill.

My second point relates to the powers of immigration officers, as set out in the legislation. As you are aware, clause 138 provides that immigration officers have the authority and powers of a peace officer. About a year and a half ago in Quebec, given that the powers of peace officers were being broadened on a regular basis, it was decided to introduce a code of ethics for police officers. For the same reasons, the Barreau du Québec favours including a code of ethics in regulations respecting the conduct of immigration officers. This is particularly necessary because at the present time, when someone tries to bring a complaint against an immigration officer for abuse of authority or similar reasons, the response given, to prevent an investigation from going ahead, is that this is strictly an industrial relations matter. The fact is, however, that this extends well beyond the limits of labour law. The powers of search, arrest and detention that immigration officers can now exercise must be framed in a code of ethics that would apply strictly to them. The resulting transparency would be beneficial both to the government, Canadian citizens and others who may want to avail themselves of the provisions of Bill C-11.

As regards the inadmissibility provisions under clause 30, they are problematic particularly as regards the tests set out in the Bill. It talks about reasonable grounds to believe. That test is really quite inadequate. We can come back to that later. A parallel can be drawn with Bill C-36 that was introduced after Bill C-11, but it is certainly a very poor test to apply.

With respect to misrepresentations, clause 40 in particular talks about withholding material facts or being reluctant to answer questions. When a person enters Canadian soil, he or she is not necessarily entitled to seek counsel at the time of arrival. Demonstrating such reluctance could have very serious consequences. The individual runs the risk of being removed and losing his or her status. Other than the exceptions, the consequences are quite far-reaching.

In order to counter that, it is absolutely essential that an individual entering Canada be properly informed of his rights, that he be entitled to seek legal counsel and have access to very specific information about child-care services, for example, or legal aid available in the region corresponding to the individual's

vous êtes en train d'étudier. C'est un pas dans la bonne direction, mais ce n'est pas satisfaisant.

Ainsi à titre d'exemple, dans la Loi sur le recyclage des produits de la criminalité, adoptée il y a maintenant un an, on prévoyait dans les pouvoirs réglementaires une prépublication de 60 jours permettant à des intervenants, tels le Barreau du Québec ou d'autres, de se prononcer sur la teneur des règlements et sur l'impact qu'auraient ces règlements soit sur la loi elle-même ou sur le recyclage des produits de la criminalité.

Or ce projet de loi prévoit le dépôt, mais il n'y a aucune prépublication permettant aux gens de pouvoir critiquer ou bonifier — parce que la critique peut être positive — la teneur des règlements. Il faudrait aller un peu plus loin et permettre de faire des commentaires et une étude approfondie des règlements qui seront adoptés pour soutenir le projet de loi C-11.

Mon deuxième point tient compte du pouvoir des agents de l'immigration qui est prévu dans la loi. Comme on le sait, l'article 138 du projet de loi prévoit que les agents de l'immigration auront des pouvoirs équivalents à ceux des agents de la paix. Il y a environ un an et demi au Québec, compte tenu de l'augmentation régulière des pouvoirs des agents de la paix, on avait prévu d'avoir un code de déontologie pour les policiers. Au même titre, le Barreau du Québec serait favorable d'avoir un code de déontologie qui, par voie réglementaire, pourrait déterminer la conduite des agents de l'immigration. D'autant plus qu'à l'heure actuelle, lorsqu'on tente de porter plainte contre un agent de l'immigration pour abus de pouvoirs, et cetera, on dit, pour empêcher l'enquête, qu'il s'agit d'une question de relations industrielles. Cela dépasse strictement un cadre de droit du travail. Les pouvoirs de fouille, d'arrestation et de détention détenus par les agents de l'immigration doivent être absolument encadrés dans un cadre déontologique qui leur serait propre. Ce serait une transparence tant pour le gouvernement que pour les citoyens canadiens et les personnes qui bénéficient des dispositions du projet de loi C-11.

Quant à l'interdiction de territoire prévu à l'article 30, on y trouve un certain problème particulièrement quant aux tests qui sont développés dans ce projet de loi. On parle d'un motif raisonnable de soupçonner. Ce test est vraiment très pauvre. On pourra y revenir. On peut faire un parallèle avec le projet de loi C-36 qui est subséquent au projet de loi C-11, mais c'est un test dont la qualité est très peu élevée.

Quant aux fausses déclarations, particulièrement celles qui sont prévues à l'article 40 du projet de loi, on parle de réticence à répondre à des questions. Lorsqu'une personne arrive en sol canadien, cette personne n'a pas nécessairement droit à un avocat au moment de son arrivée. La réticence peut avoir des conséquences très graves. La personne risque d'être renvoyée et de perdre son statut. Outre les exceptions, les conséquences sont tout de même très lourdes.

Pour contrer cela, il faudrait absolument que la personne qui arrive soit bien informée de ses droits, qu'elle ait la possibilité de consulter un avocat, et qu'elle ait accès à des informations très spécifiques par rapport aux services de garde, par exemple, ou aux services d'aide juridique disponibles dans la région où la personne

point of entry into Canada. It is the whole question of confidentiality when the Federal Court or a judge has jurisdiction to determine whether certain information will or will not be passed on to the individual. Here, again, we would draw a parallel to C-36 in a number of respects. We believe it is important — and this is not particularly clear when you read the provisions dealing with confidentiality of information — to ensure that a judge has the right to review the entire file and that he is able to provide a summary of the information as soon as possible to the individual concerned, to allow him or her to make full answer and defence.

There is always a conflict between national security and the right to make full answer and defence. It is really a matter of balancing out the disadvantages. That is exactly what we are currently experiencing. It is very important — and we are indeed in favour of the judicial review approach under the circumstances — that the judge have a proper right of review.

I would also like to make some comments with respect to the ID card proposed for permanent residents. I have no objection to this. Ms Caplan announced several days ago that this card will replace the landing record. I must admit the card will be much more convenient. This is a valuable approach. However, where the card might not work so well — because we don't have all the details at this point — is with respect to the information it will contain. We are talking here about summary identification — in other words, the person's name, address and date of birth.

It is not possible, with such minimal information, to determine the person's profile.

I will now turn it over to Mr. Gervais.

Mr. Gervais: I would like to conclude by addressing a point that we believe is of the utmost importance. The Barreau du Québec, through a variety of representations made both to the federal government and provincial legislators, has always questioned the composition of organizations — be they of a judicial, quasi-judicial or administrative nature — whose role it is to make decisions about important matters. Our questions in this regard pertain mainly to the independence and impartiality of the members of such organizations. In a decision relating to immigration matters handed by the Supreme Court on October 18, 2001, in the *Law Society of British Columbia v. Mangat* case, the Court talks about the principles of independence and impartiality, reminding us of the importance of security of tenure, financial security and institutional independence for members of such organizations.

Some questions do spring to mind when reviewing the provisions of clause 153 of the Bill. I understand that this clause provides for people to hold office for a term of seven years, but there is nothing there with respect to reappointments or the appointment process per se. The clause simply states that members are appointed by the Governor in Council, without there being any specific kind of skills required, no external committee formed, no consultation of any kind and without considering standards that have always been enforced by the courts and the Supreme Court of Canada. The clause simply says that appointees are subject to removal; no process is in place or even described in

est entrée sur le territoire canadien. C'est tout l'aspect de confidentialité lorsque la Cour fédérale ou le juge aura juridiction pour déterminer si certaines informations seront ou non transmises à la personne concernée. Dans ces dispositions, encore là, on fait un parallèle avec le projet de loi C-36 à plusieurs égards. Ce qui serait important — et cela ce n'est pas tout à fait très clair quand on lit les dispositions concernant la confidentialité des renseignements — ce serait de s'assurer que le juge ait le droit de regarder l'ensemble du dossier, et qu'il puisse remettre à la personne un résumé, le plus tôt possible, afin qu'elle ait droit à une défense pleine et entière.

Il y a toujours une opposition entre la sécurité nationale et le droit à une défense pleine et entière. Il s'agit d'équilibrer les inconvénients. C'est exactement ce qu'on vit actuellement. Il faudrait vraiment — et on approuve justement l'approche judiciaire ou le contrôle judiciaire dans les circonstances — que le droit de regard du juge soit réel.

J'aimerais aussi apporter quelques commentaires concernant la carte d'identification du résident permanent. Je n'ai pas d'objections. Mme Caplan a annoncé il y a quelques jours que cette carte remplacera la fiche d'établissement. Je dois vous avouer que ce sera plus commode. Le moyen est intéressant. Où le bât pourrait blesser, parce qu'on n'en connaît pas le détail, ce serait l'information qui doit être contenue sur cette carte. Il s'agit d'une identification sommaire, c'est-à-dire le nom de la personne, son adresse et sa date de naissance.

Donc un minimum d'informations ne permettant pas de pouvoir juger d'un profil de la personne en question.

Je cède maintenant la parole à M. Gervais.

M. Gervais: J'aimerais conclure sur une question qui nous interpelle au plus haut point. Le Barreau du Québec, dans plusieurs de ses représentations tant devant ce gouvernement que devant les législateurs provinciaux, s'est toujours posé des questions concernant la composition d'organismes — qu'ils soient de nature judiciaire, quasi judiciaire ou administrative — qui ont à déterminer des questions importantes. En fait, les questions qui nous interpellent sont rattachées principalement à la question d'indépendance et d'impartialité des membres. Dans la décision du 18 octobre 2001 rendue par la Cour suprême en matière d'application en immigration dans la cause de *Law Society of British Columbia c. Mangat*, on revient encore sur les principes d'indépendance et d'impartialité en nous rappelant qu'on doit rechercher l'inamovibilité, la sécurité financière et l'indépendance institutionnelle des gens.

Des questions nous viennent à l'esprit lorsqu'on regarde les dispositions de l'article 153 du projet de loi. Je comprends qu'on indique que les gens sont inamovibles pendant une période de sept ans, mais il n'y a aucune disposition concernant les renouvellements ou les mécanismes de nomination. On indique qu'il y a nomination par le gouverneur en conseil sans aucune forme de connaissance, sans aucune forme de comité extérieur, sans aucune forme de consultation, et sans tenir compte des normes que les tribunaux de la Cour suprême ont toujours retenues. On parle d'une révocation motivée qui peut avoir lieu, mais il n'y a aucun mécanisme mis en place ou du moins décrit

the legislation whereby a commissioner who became subject to a removal order would at least be in a position to argue his case.

The system being proposed here is unusual, in that there seems to be a desire to let the Board deal with everything internally. First of all, there seems to be a desire to set aside judicial tribunals. This can be seen in powers granted the Immigration and Refugee Board, both at the trial and appeal levels, as compared to the limited powers available in cases of judicial vocation.

We are also struck by the fact that there seems to be an attempt to considerably diminish the role of legal experts within the Board. Let me explain what I mean. Clause 162 states that each division of the Board has exclusive jurisdiction to hear and determine all questions of law and fact, including questions of jurisdiction. Such questions will be decided by a single commissioner. However, when you look at the specific qualifications for the position of commissioner, you quickly see that the composition of the Board is such that few people having any legal training are required. I realize that other types of expertise may be needed and that questions of law are not the only ones to be decided, but important issues can arise and it is important to know that there is a desire to have such issues examined before a court of law.

Clause 167 also provides that a person can be represented by a barrister, solicitor or other counsel, or that someone can be designated for that purpose. But exactly what type of person would be designated? Once again, I come back to the Supreme Court ruling of October 18, 2001 in the *Law Society of British Columbia v. Mangat* case, when again, the Supreme Court recognized that in our society, we have barristers or solicitors that act as legal counsel because they are members of the Bar. As members of the Bar, society can expect such individuals to perform their work according to certain standards of discipline and be subject to mechanisms relating to professional responsibility, liability insurance guarantees and guarantees pertaining to the behaviour of individuals who may represent other persons. There is now recognition of the option of having other people represent lawyers.

The fundamental point here for me, as both a lawyer and Crown attorney, is that I can provide guarantees. I have no objection to other persons representing people who are the subject of court proceedings. That is what the legislation already provides, and the Supreme Court makes mention of that fact. But what guarantees will such individuals have to provide? In other words, any person off the street — and I am not saying they are all like that — could pass himself off as a legal practitioner without having any specific legal skills or training, without being able to provide guarantees of any kind, without having insurance and without being subject to professional inspection. We have seen similar situations where we were required to intervene because people were engaged in the illegal practice of law before certain administrative tribunals. Once again, we are opening up administrative tribunals to charlatans while, at the same time, taking away the possibility of going before a court of law.

dans la loi, qui permettrait au commissaire visé par une telle demande de révocation de pouvoir à tout le moins de faire valoir son point de vue.

Le système tel qu'on nous le propose est particulier parce qu'on semble vouloir tout rapatrier à l'intérieur de la commission. D'une part, on semble vouloir évacuer les tribunaux judiciaires. On voit ceci par les pouvoirs qui sont donnés à la commission de l'immigration et du statut de réfugiés, tant en première instance ou en appel, avec le peu de pouvoir qu'on donne au niveau de la révocation judiciaire.

D'autre part, nous sommes interpellés par le fait qu'on semble vouloir diminuer de façon considérable le rôle des juristes à l'intérieur de la commission. Je m'explique. À l'article 162, on nous dit que chaque section de la commission pourra déterminer des questions de droit, de fait et même des questions de compétence. Les questions seront décidées par un seul commissaire. Lorsqu'on détermine et examine à ce moment quelles sont les qualités requises d'un commissaire, on s'aperçoit que très peu de personnes ayant une formation en droit sont appelées à siéger à la commission. Je comprends que l'expertise peut être nécessaires et qu'il peut y avoir autre chose que des questions de droit, mais il y a des questions importantes, sachant que c'est la volonté de les faire sortir devant les tribunaux judiciaires.

On prévoit également à l'article 167 que la représentation devant la commission peut se faire par un avocat ou un conseil et que d'office, un représentant pourrait être désigné. Que pourrait être ce représentant? Encore une fois, je reviens au jugement de la Cour suprême du 18 octobre 2001 dans *Law Society of British Columbia c. Mangat* alors que de nouveau, la Cour suprême reconnaissait que dans notre société, il y a des gens qui exercent la profession d'avocat parce qu'ils sont membres d'un Barreau. Étant membre d'un Barreau, la société peut s'attendre à ce que ces gens travaillent avec des normes de discipline, des mécanismes portant sur la responsabilité professionnelle, des garanties d'assurance-responsabilité professionnelle et des garanties relativement au comportement des gens qui vont représenter d'autres personnes. On a reconnu qu'effectivement il y a la possibilité que d'autres personnes puissent représenter les avocats.

Le cri qui me vient du fond du coeur, c'est de dire comme avocat et comme procureur que je peux donner des garanties. Je n'ai pas d'objection à ce que d'autres personnes puissent représenter. C'est-ce que la loi dit actuellement, et la Cour suprême le mentionne. Mais où sont les garanties qu'on va exiger de ces gens? Autrement dit, toute personne qu'on retrouve sur la rue — je ne vous dis pas qu'ils sont tous comme cela — pourrait pratiquer du jour au lendemain, sans aucune compétence, sans aucune garantie, sans aucune forme d'assurance, et sans aucune forme d'inspection professionnelle. On a vécu de pareilles situations où on a été appelé à intervenir parce que des gens pratiquaient illégalement devant certains tribunaux administratifs. Encore une fois, on ouvre la porte à des charlatans devant des tribunaux de nature administrative alors qu'on enlève la possibilité de se retrouver devant les tribunaux judiciaires.

I find it surprising that clause 174 states that the Immigration Appeal Division is a court of record. About a month ago, the Quebec Court of Appeal was asked to rule on the constitutionality of an administrative tribunal in Quebec. It determined that the administrative tribunal was indeed an administrative tribunal, rather than a judicial tribunal, because it did not have the powers of a court of record. The first thing I read in clause 174, however, is that we are now creating an administrative body having powers that bear a striking resemblance to those currently exercised by judicial tribunals, or what are called courts of record. The Appeal Division is thus being made into a semi- or quasi-judicial court of record at the same time as decision-makers with a background in law are being cast aside and the opportunity of bringing an issue before the Federal Court is being removed. Clause 71 provides the right to proceed with an application for judicial review but according to paragraph 2(d) of clause 72, that application can be disposed of without personal appearance or representation based on nothing more than a review of the file.

I believe the wording of these provisions must be re-examined, and insofar as there is a desire to move quickly on this, I believe it would be possible to do so. There are rules in place, but there is also a need to protect the rights and privileges of people who come before commissioners or officers.

Clause 167 refers to the fact that someone can be represented before the commission, but to my knowledge, other provisions in the legislation are such that representations can be made to officers or to the minister. There is no provision stating that such individuals can be represented by a barrister or other counsel. I see that as a weakness, if we want the legislation to be truly administrative in nature.

Also, we know that through regulation, we will be tempted to consider and accept people that come to Canada to enter professional practice. One has only to read the Supreme Court's ruling in *Law Society of British Columbia v. Mangat* to see that appointments and criteria with respect to professional practice are a provincial responsibility under sub-section 92(8) of the Constitution.

We realize that this is not within the purview of the Committee, but we have always had strong feelings about it — which brings me back to my initial comment. In each of the provinces, systems are in place relating to disciplinary rules, means of verification, inspection, and criteria that set a high standard to be met by people allowed to enter into practice. Why? To represent other people. Once again, we would refer back to what the Supreme Court said in its 1989 ruling in *Andrews v. Law Society of British Columbia*. In the absence of an independent legal profession, and I quote:

[...] having the necessary experience and skills required to perform its specific duties in relation to the administration of justice and the legal process, the entire legal system would find itself in a precarious position.

That is what the Supreme Court has said. So, please, don't allow people with legal training to be shunted aside. We have been trained to represent people on the basis not only of facts, but

Cela me surprend qu'à l'article 174, on mentionne que la section d'appel à l'immigration serait une cour d'archives. La cour d'appel du Québec, il y a environ un mois, a été appelée à se prononcer sur la constitutionnalité du tribunal administratif du Québec. Elle a considéré que le tribunal administratif était vraiment un tribunal administratif et non un tribunal judiciaire, parce qu'il n'avait pas les pouvoirs d'une cour d'archives. La première chose que je lis à l'article 174, c'est qu'on veut créer un organisme de nature administrative ayant des pouvoirs qui ressemblent étrangement à ce qu'on reconnaît au niveau des tribunaux judiciaires, c'est-à-dire une cour d'archives. On en fait une cour d'archives de nature plus ou moins judiciaire ou quasi judiciaire, on se défait des décideurs avec des formations de droit et de plus, on enlève la possibilité d'évocation devant la cour fédérale. L'article 71 nous donne la possibilité de procéder avec une demande d'autorisation, mais cette demande d'autorisation au paragraphe 2(d) de l'article 72 peut se faire sans comparution et sans représentation aucune sur simple examen du dossier.

Je pense qu'il faut que les textes soient revus, et que dans la mesure où on veut procéder avec célérité, il est possible de le faire. Il y a des règles qui existent, mais il y a également la protection des droits et des privilèges des gens qui se présentent devant les commissaires ou devant les agents.

On a reconnu également à l'article 167 la possibilité d'être représenté devant la commission, mais, à ma connaissance, il y a également des dispositions dans la loi qui font en sorte que des représentations peuvent être faites aux agents et devant le ministre. Aucune disposition ne prévoit que ces gens pourront être représentés par un avocat ou par tout autre conseil. Je pense que c'est une lacune, dans la mesure où on veut avoir une loi vraiment administrative.

Également, on sait que par la réglementation, on sera tenté de considérer et d'accepter des gens qui viendront exercer des professions au Canada. On a qu'à regarder la décision de la Cour suprême dans *Law Society of British Columbia c. Mangat* qui nous dit que la nomination et les critères pour les professionnels sont de juridiction provinciale en vertu de l'article 92(8) de la Constitution.

Je comprends que ce n'est pas de la juridiction de ce comité, mais c'est un cri du cœur que nous avons toujours donné et qui revient à mon premier commentaire. Nous avons, dans chacune de nos provinces, des systèmes qui font en sorte qu'il y a des règles de discipline, des mécanismes de vérification, d'inspection, des critères qui sont élevés relativement à l'acceptation des gens. Pourquoi? Pour représenter d'autres personnes. C'est encore une fois la Cour suprême qui nous le disait dans *Andrews c. Law Society of British Columbia* en 1989. En l'absence d'une profession juridique indépendante, et je cite:

[...] possédant l'expérience et les compétences nécessaires à l'exercice de son rôle dans l'administration de la justice et le processus judiciaire, le système juridique en entier serait dans un état précaire.

C'est ce que la Cour suprême nous dit. Alors de grâce, ne faites pas sortir les gens qui ont une formation en droit. Nous avons été formés justement pour représenter des gens non seulement sur des

of questions of law that go to the heart of our training and our accreditation as professionals.

The position taken by the Barreau du Québec is one of balance. We understand there are prerogatives the minister may wish to exercise; we have no major objection to that, but to ensure the appropriate balance, we have to preserve the rights of the affected parties, of the people that could benefit from the process and of the various actors who may be called upon to play a role in this context.

Senator Beaudoin: I would like to begin by thanking the representatives of the Barreau du Québec for being with us today. Welcome. We are always pleased to hear from you, particularly on bills such as C-11, C-7 and C-36. It's always nice to hear a different perspective, particularly when it's based on legal principles.

Ms Brosseau, I very much liked what you said about the fact that we have too much of a tendency to rely on delegated legislation. That is not only the case in Ottawa. The same applies to Quebec City, Toronto, Halifax, Vancouver — indeed, all the major cities of Canada. I think this is a practice that is subject to tremendous abuse. Particularly in difficult bills such as Bill C-11. We see the same thing in Bill C-7. As for Bill C-36, we may escape that to a certain extent because there is less delegation involved, given that it deals primarily with the criminal law.

Do you have any suggestions as to a possible cure for that increasing tendency to rely on delegated legislation? Of course, we can't avoid it. Parliament cannot do everything. The Governor in Council has a very important role to play, but I am wondering whether we, as parliamentarians, are doing everything we can to eliminate the kind of abuse of this practice that we are seeing throughout Western countries at this time.

Ms Brosseau: The real problem is legislating via regulation. That weakens our democracy. That is the reason why we have always criticized the practice of using regulations to legislate. Even though we trust our elected representatives, engaging in democratic debate about how we think things should work can only improve or strengthen our legislative and legal systems.

For one thing, there is more and more legislation. It seems to me the number of new bills and the pace at which they are passed into law are such that we have no choice but to get around the system by relying on the use of regulations. Previously, much more time was taken to prepare legislation. Now, things move very quickly, either because of events or the need to react quickly, or because of the current pace of the legislative process.

You asked me whether I think there is any way of avoiding a situation where regulations would be too prominent and have a negative impact on legislation. I think we need to consider reviewing our Regulations Act, particularly the federal act, to always require pre-publication of any proposed regulations. We have criticized that weakness in many pieces of legislation. As I was saying earlier with respect to the Proceeds of Crime Act, provision was made in that case, but it was an exception. It came

faits, mais sur des questions de droit qui sont à la base de notre formation et de notre accréditation comme professionnels.

La position du Barreau du Québec en est toujours une de recherche d'équilibre. Nous comprenons qu'il y a des prerogatives que le ministre veut mettre en position; nous n'y avons pas d'objection majeure, mais l'équilibre fait en sorte qu'on doit également préserver les droits des parties visées, des gens qui pourraient bénéficier du processus et des différents acteurs qui peuvent être également appelés à jouer un rôle dans ce domaine.

Le sénateur Beaudoin: Je dois au départ remercier le Barreau du Québec de venir devant nous. Vous êtes les bienvenus. On aime bien vous entendre, surtout sur des projets de loi comme C-11, C-7 et C-36. C'est agréable d'avoir un point de vue un peu différent, et basé sur des principes juridiques.

Maître Brosseau, j'ai bien aimé votre remarque sur le fait que nous légiférons trop par législation déléguée. Ce n'est pas particulier à Ottawa. C'est la même chose à Québec, à Toronto, à Halifax, à Vancouver, bref dans toutes les grandes villes canadiennes. Je trouve qu'on abuse beaucoup de cela. Surtout dans des projets de loi très difficiles comme le projet de loi C-11. On a la même chose dans le projet de loi C-7. Pour ce qui est du projet de loi C-36, on va peut-être s'en sauver un peu parce qu'il y a moins de délégation, étant donné que cela touche surtout au droit criminel.

Auriez-vous des suggestions à faire pour guérir cette tendance que nous avons à légiférer considérablement par législation déléguée? Évidemment, on ne peut pas s'en sauver. Le Parlement ne peut pas tout faire. Le gouverneur en conseil a un rôle très important, mais je me demande si nous, les parlementaires, nous faisons tout pour guérir cet abus qui est partout, dans tous les pays occidentaux actuellement.

Mme Brosseau: Utiliser la voie réglementaire pour légiférer présente le principal problème. C'est un affaiblissement de notre démocratie. C'est pour cela qu'on a toujours dénoncé la voie réglementaire pour légiférer. Bien qu'on fasse confiance à nos élus, je pense qu'avoir des débats démocratiques sur la façon de voir les choses ne peut qu'améliorer ou solidifier nos assises législatives et légales.

D'une part, il y a de plus en plus de législations. Je dirais que la cadence des lois et le rythme dans lequel on les adopte fait en sorte qu'on est obligé de procéder par des voies d'évitement, dont les règlements. Autrefois, on avait des étapes de préparation à la législation beaucoup plus longues. Maintenant, elles sont précipitées, soit par les événements récents où on réagit vite aux événements, ou encore par le rythme dans lequel le processus législatif suit son cours.

D'autre part, vous me demandiez s'il y avait des moyens pour éviter que la voie réglementaire ait trop d'emprise et qu'elle ait des impacts négatifs sur la législation. Il faudrait penser à réviser notre loi sur les règlements, particulièrement la loi fédérale, pour toujours obliger la prépublication des règlements. On l'a maintes fois dénoncé dans des législations. Comme je vous le disais tantôt au niveau du recyclage des produits de la criminalité, on l'a prévu, mais de façon exceptionnelle. C'est parce qu'on a mis beaucoup

about as a result of tremendous pressure, particularly because of the impact of that legislation on professional bodies. Thus provision was made for pre-publication, consultations, and so on. I think that would be a way of countering this new wave or reinstating democratic control over the legislation itself.

In this way, the law could not be completely distorted in favour of regulations that would not be subject to the same controls as the law itself. That may be a possible solution. I would certainly suggest trying it. That's why we pointed out earlier that clause 5 does not go far enough, despite the amendments made to the Bill by the Standing Committee on Justice and Human Rights. As you can see, it is always useful to hold consultations when bills are being examined. They often result in better legislation. That would be one way of accomplishing such an objective.

Senator Beaudoin: I have read certain criticisms in the newspapers of the right of appeal, with respect to both the Immigration and Refugee Board and other such bodies. As far as I am concerned, the right of appeal goes hand in hand with the rule of law. In a democratic system, there is a trial court, an appeal court and a supreme court. I am a strong believer in the value of this system. I also believe in the value of appeals before courts of law or administrative tribunals. Where this tends to cause problems is for people who come to Canada as immigrants or seeking refugee status, because the process can be lengthy. There are people who have been living in Canada for five or ten years now whose case has yet to be resolved. What is your reaction as a lawyer? This question is also addressed to you, Mr. Gervais. I would be interested in hearing your views. Politically, this is a matter that falls under our responsibility, but for legal practitioners, the fact that the number of appeals is forever growing is problematic.

Ms Brosseau: Your question is both general and specific. I guess I will move from the general to the specific. I think it's important to say that the Barreau du Québec is always a little touchy about any limits being placed on remedies. I am showing moderation in my comments today. This is something that bothers us a great deal. Our predecessor referred to clause 64 and a variety of issues associated with the limitations placed on everything related to security, serious criminality, as well as the fact that there is no appeal, including where misrepresentations are involved.

More specifically, when you look at the legislation, with respect to refugee status, what is provided for is an administrative process calling evocation. However, evocation is granted on leave and the final decision on evocation, which is the right of review of an administrative decision by a common law court, has the effect of extinguishing rights, because it is a final determination. It's carefully framed and that means there are no more rights. So, if you limit the right of appeal, you also limit rights.

As you were saying earlier, I think there is a purely political aspect to this. If you are asking us what we think, the right of review — and this is what we said earlier — with respect to evocation, must operate *ipso facto*, particularly within the framework of legislation such as Bill C-11, given that the rules of the Federal Court are not that flexible in terms of access. For people from outside of Canada, having to operate within a legal system such as ours does pose problems. The right of review

de pression, compte tenu, notamment, des impacts qu'avait cette législation sur les ordres professionnels. Il y a eu prépublication, consultations, et cetera. Je pense que ce serait un moyen pour contrer un peu la vague ou le contrôle qu'aurait la démocratie sur la législation elle-même.

Donc on ne dénaturerait pas complètement la loi au profit des règlements qui eux, ne seraient pas soumis au même contrôle que la loi elle-même. Ce pourrait être un moyen. Je vous le suggère. C'est pour cela qu'on disait que l'article 5 n'allait pas assez loin, malgré les modifications qui ont été apportées par le Comité permanent de la justice et des droits de la personne. Vous voyez que c'est utile d'avoir des consultations lors de l'étude de projets de loi. Ces consultations peuvent améliorer les lois. On pourrait le faire de cette façon.

Le sénateur Beaudoin: J'ai lu dans les journaux une certaine critique pour le droit d'appel, que ce soit relativement à la commission de l'immigration ou à d'autres organismes. Je considère que le droit d'appel fait partie de la «rule of law», c'est la règle de droit. Dans un système démocratique, nous avons un tribunal de première instance, un tribunal d'appel et une Cour suprême. J'y crois beaucoup. Je crois aussi aux appels devant les cours de justice et aux appels des tribunaux administratifs. Cela pose un certain problème parce que pour des gens qui viennent au Canada, qui immigreront au Canada ou qui invoquent le statut de réfugié, cela peut prendre beaucoup de temps. Il y a des gens qui sont au pays depuis cinq ou dix ans, et dont le cas n'est pas encore réglé. Quelle est votre réaction en tant qu'avocate? Cela s'adresse également à vous, monsieur Gervais. J'aimerais savoir votre réaction. Sur le plan politique, cela relève de nous, mais pour des juristes, le fait que les appels se multiplient est tout de même un problème.

Mme Brosseau: Votre question a un caractère assez général et un caractère spécifique. Je vais donc passer du général pour tomber dans le spécifique. Sachez que le Barreau du Québec est toujours un peu chatouilleux devant toute limitation de recours. Je suis très modérée dans ce que je dis en ce moment. Cela nous dérange énormément. Notre prédécesseur parlait de l'article 64 et des problèmes que posait la limitation qu'on faisait dans le cadre de tout ce qui était sécurité, grande criminalité, impossibilité d'en appeler, y compris dans le cas de fausses déclarations.

De façon plus spécifique, quand on regarde la loi, on voit en matière de statut de réfugié un processus administratif dans lequel on va en évocation. Cependant, l'évocation est sur permission et la décision finale de l'évocation, qui est le droit de regard d'un tribunal de droit commun sur une décision administrative, est instinctive de droit parce que c'est une décision finale. C'est très encadré et on n'a plus de droit. Donc, si on limite les droits d'appel, on limite aussi les droits.

Je pense que comme vous disiez tantôt, il y avait un aspect purement politique. Si vous nous demandez ce qu'on en pense, le droit de regard — et on l'a dit tantôt — au niveau de l'évocation devrait être de plein droit, surtout dans un cadre comme le projet de loi C-11. D'autant plus que les règles de la cour fédérale ne sont pas des règles très faciles d'accès. Pour des gens qui viennent de l'étranger, avoir à fonctionner dans un système judiciaire comme le nôtre présente d'autres difficultés. Le droit de regard

should therefore be automatic, and all the humanitarian considerations should also be broadened. Some have been, but that should be the general approach taken.

Mr. Gervais: You pointed out that there can be long delays between the beginning and the end of the process. There are probably ways of shortening some of those timeframes. All kinds of potential solutions could be considered, such as set deadlines, provisional roles or emergency roles, and even the number of people who could be asked to make these determinations. It would be possible to work within the appeals framework to provide for judicial review as a matter of right, at the same time incorporating it into a process that would be much shorter. That can be done. There are areas where it has been possible, and I think it could be accomplished here.

Ms Brosseau: Also, with respect to this bill, if we cast our minds back to 1998, when Ms Robillard, the then Minister, released her paper on proposed amendments to the Act — and here I would point out that the Act currently in place has been around for 25 years and that immigration issues have considerably evolved over that period — we may recall that one of the goals was to simplify the legislation and shorten timeframes. Will that occur as a result of taking rights away? That is the question, and I am not sure the answer will necessarily be yes.

Senator Beaudoin: Yes, but as you say, the right of appeal is fundamental in a democracy, because no one is perfect, and because our system requires that such a right exist. I am very pleased to hear that the Barreau supports us and I want to thank you for your comments.

[English]

Senator Di Nino: Mr. Gervais, you commented on the non-lawyer representation, if you wish, on some of these cases. We have also had other witnesses express some concerns regarding the appointment process to the IRB. Would you share your opinion on that issue as well?

Mr. Gervais: Non-lawyer representation of people before the board or people on the board?

Senator Di Nino: No, people before the board. You made commentary on that. Would you share with us your thoughts, as some other witnesses have, on the partisan appointment as a method of appointment to the board itself?

Mr. Gervais: My first comment was exactly on that point. That is one of questions that we have always looked at and always commented upon here as well as in Quebec. I specifically referred to a decision that was rendered by the Court of Appeal about a month ago in the Province of Quebec where the bar of Montreal contested the administrative tribunal. That is a major change in our administrative system in the Province of Quebec. They attacked the system on the same grounds that I brought up before us, namely, the question of the independence of the people who take decisions in matters of importance such as those of

devrait être de plein droit, et tous les aspects humanitaires devraient également être élargis. On en a élargi quelques-uns, mais cela devrait être élargi de façon générale.

M. Gervais: Vous avez souligné qu'il y avait peut-être de longs délais entre le début et la fin du processus. Il y a probablement aussi des moyens de travailler sur les délais intérieurs. On a toutes sortes de solutions qui pourraient être envisagées, comme les délais fixes, les rôles provisoires ou les rôles d'urgence, et même le nombre de personnes qui seraient appelées à décider de ces questions. On pourrait travailler à l'intérieur d'un cadre qui serait celui avec des appels au niveau d'une révision judiciaire qui serait de plein droit, mais en encadrant le tout dans un processus qui serait beaucoup plus court. Cela se fait. Il y a certains domaines où on réussit à le faire. Je pense qu'on pourrait le faire.

Mme Brosseau: D'ailleurs, concernant cette loi, si on se reporte en 1998 lorsque Mme Robillard, qui était alors ministre, avait lancé son document sur ses propositions d'amendement à la loi — rappelons que la loi avec laquelle on vit actuellement a déjà 25 ans et que la réalité de l'immigration depuis 25 ans s'est beaucoup transformée — un des objectifs était de simplifier cette loi et de raccourcir les délais. Est-ce que le fait d'enlever des droits aura cet effet? C'est la question qu'il faut se poser, et je ne suis pas sûre que la réponse soit nécessairement oui.

Le sénateur Beaudoin: Oui, mais comme vous dites, le droit d'appel c'est quelque chose de fondamental dans une démocratie parce que personne n'est parfait et notre système l'exige. Je suis content que le Barreau nous épaula et je vous remercie de votre témoignage.

[Traduction]

Le sénateur Di Nino: Monsieur Gervais, vous avez parlé du fait que dans bon nombre de ces dossiers, les intéressés ne sont pas représentés par des avocats. D'autres témoins nous ont fait part de leurs préoccupations concernant la procédure de nomination à la CISR. J'aimerais donc que vous nous disiez aussi ce que vous pensez de cette procédure.

M. Gervais: C'est-à-dire du fait que les gens qui se présentent devant la Commission ne sont pas représentés par des avocats ou sur la nomination des commissaires?

Le sénateur Di Nino: Je vous invite tout d'abord à nous parler de la représentation des intéressés par des gens qui ne sont pas des avocats. Vous en avez parlé dans votre exposé. De plus, pourriez-vous nous faire part aussi, comme d'autres témoins l'ont fait, de vos vues sur la procédure actuelle de nomination à la CISR, en vertu de laquelle les gens sont nommés de façon partisane en fonction de leur allégeance politique?

M. Gervais: Ma première remarque portait justement là-dessus. Voilà une question à laquelle nous sommes sensibles depuis toujours et sur laquelle nous nous sommes prononcés non seulement ici, mais au Québec. J'ai fait mention en particulier d'une décision rendue par la Cour d'appel de la province du Québec il y a environ un mois; dans cette affaire, le barreau de Montréal remettait en question la compétence du tribunal administratif. Il s'agit là d'un changement majeur en ce qui concerne le système administratif dans la province du Québec. Ils ont attaqué ce système en s'appuyant sur les mêmes arguments

immigration. I was going through the different sections of law and looking at clause 153, where they indicate that people are there for a period of seven years. However, I was asking how they are renewed, how they are chosen, what are the grounds and what are the motives? It is also indicated that someone can be taken off the board with motivated decision but there seems to be no way of revising the decision. The person who will be removed has no way of going before some kind of board or some kind of administrative board to determine whether or not the grounds are founded.

My first comments were that we are not satisfied with the way that the law indicates how these people will be nominated.

My second comment was the fact that the law, as I see it at the moment, seems to evacuate much of the judicial process, bringing it to administrative process. It also evacuates people who have a basis in law. I referred to clause 162, where it is indicated that the board will hear questions of law and questions of fact, including questions of jurisdiction. These are important matters. There are a few members who come from the bar and have a legal background. However, there is no way in the law that we see that these important questions of will be addressed by someone who has a legal background.

In some laws you have boards where the people who comprise the board are from different professions and come from different backgrounds. However, on most of these boards, questions of law are deferred to a bench or to a commissioner who has a legal background. These are only examples that we can give but that was my second comment, namely, that I am not satisfied with the way it is composed.

As for the non-lawyer representation, if you were asking me a personal question, as a member of the bar I was always in favour of people being represented by lawyers. The Supreme Court said it itself: There is no one else from whom you can get guarantees as those a bar can give. I would be naive to believe that someone else cannot do a proper job. We have seen administrative boards before. The Supreme Court said it also in *Mangat*. I do not mind; I can accept that.

However, once we accept people who do not have the same kind of guarantees that we can give through belonging to a law society, why does the law not require from these people the same kind of guarantee? Why is there not some kind of requirement saying that someone who appears before the board and is not a member of a professional order or of a law society must file professional liability insurance? That is to say, there should be some kind of guarantee so that, even if I believe that this person

que j'ai mentionnés tout à l'heure, à savoir la question de l'indépendance des personnes qui prennent des décisions sur des questions aussi importantes que l'immigration. J'examinais les différents articles de la Loi, notamment l'article 153, qui prévoit que les commissaires restent en poste pendant sept ans. Je posais des questions concernant la méthode de renouvellement du mandat, la méthode et les critères de sélection et les éléments qui motivent ces nominations. On y indique également qu'une personne peut-être renvoyée de la Commission s'il y a des motifs suffisants, mais aucun mécanisme n'est prévu pour permettre à l'intéressé de faire réviser la décision. Ainsi la personne qui fait l'objet du renvoi n'a pas la possibilité de passer devant une commission ou un conseil administratif pour déterminer si le renvoi est justifié ou non.

Je disais donc, au début de mon exposé, que nous ne sommes pas satisfaits du mécanisme que prévoit actuellement la loi relatif à la nomination de ces personnes.

Deuxièmement, j'ai parlé du fait que la loi, selon l'analyse que j'en fais actuellement, semble évacuer une bonne partie du processus judiciaire, si bien que tout est ramené au processus administratif. Cela a aussi pour effet d'éliminer des gens qui ont des connaissances juridiques. Je vous parlais tout à l'heure de l'article 162, qui prévoit que la Commission pourra se prononcer sur des questions de droit et des questions de fait, y compris des questions de compétence. Ce sont des questions très importantes. Quelques commissaires sont membres du barreau et ont donc une formation d'avocat. Mais en ce qui nous concerne, la loi ne prévoit aucunement que ces questions importantes seront décidées par quelqu'un qui a une formation d'avocat.

Certaines lois prévoient que les conseils seront composés de personnes qui représentent diverses professions et différents milieux. Mais dans le cas de la plupart de ces conseils, les questions de droit sont soumises à l'examen d'un tribunal ou d'un commissaire qui a une formation d'avocat. Ce sont les seuls exemples qu'on puisse citer, mais c'était ça ma deuxième observation — à savoir que je ne suis pas satisfait de la composition actuelle de la Commission.

En ce qui concerne la représentation des intéressés par des gens qui ne sont pas avocats, si vous me posez la question à titre personnel, je peux vous dire qu'en tant que membre du barreau, j'ai toujours préféré que les gens sont représentés par des avocats. La Cour suprême elle-même a dit ceci: Personne ne peut vous donner les mêmes garanties qu'un membre du barreau. Je serais naïf de croire que quelqu'un d'autre puisse faire un travail adéquat. Nous avons déjà vu les résultats du travail des commissions administratives. La Cour suprême en a dit autant dans l'affaire *Mangat*. Ça ne me dérange pas; je peux accepter cette réalité.

Toutefois, du moment qu'on accepte que les gens se fasse représenter par des gens qui ne peuvent offrir le même genre de garanties que nous, en tant que membres d'un barreau, pourquoi la loi n'exige-t-elle pas que ces personnes offrent la même garantie? Pourquoi n'exigerait-on pas qu'une personne qui se présente devant la Commission sans être membre d'un ordre professionnel ou d'un barreau dépose une preuve d'assurance-responsabilité civile professionnelle? Autrement dit, il devrait y avoir une sorte

has not the same background that I have with my law degree, at least there is a minimal part of guarantee that the people they are representing before the board will have some kind of guarantee.

Senator Di Nino: Thank you for clarifying that. I would like to switch gears a little and ask if either one of you would like to comment on other parts of this bill. We have concentrated, with some justification, on the refugee system. We have concentrated on the security aspect of this bill. After the events of September 11, that is understandable. The Immigration Act, however, is much more than just security and the refugee system. From the standpoint of Quebec, are there other concerns or other issues that this bill is addressing which would raise questions in your mind as to whether it satisfies Quebec's needs for the right kinds of immigrants, et cetera?

[Translation]

Ms Brosseau: There are a couple of minor things we did not mention that are of concern, but we have basically provided you with an overview of our thoughts on the major points addressed in the Bill.

For example, although the rules have been greatly changed and simplified, it is not clear whether clause 124 will apply to carriers. There are a number of points in the Bill that are cause for concern, but you would have to be more specific if you want me to give you a precise answer.

[English]

Senator Di Nino: I will if you wish. It may not be the purview of the bar, but we have not heard from many people from Quebec about, for example, the provisions in this bill dealing with the immigrant investor program. We have not heard from people from Quebec — at least not to a useful degree — as to whether this bill would allow Quebec to attract people with the skills that Quebec needs at this time. We focus so much on the refugee and security aspect of it, I wondered if you would care to make some comments on those parts or other parts of that nature.

[Translation]

Ms Brosseau: Quebec's particular circumstances are somewhat different. I understand that people have not really discussed that with you. You should know that a Quebec-Canada agreement dealing with immigration levels has been in place for several years.

We do have some reservations about the program, but given that the legislation gives precedence to certain immigrant classes, as well as investor immigrants, there is no real problem because it is actually the provincial policy that is subject to criticism. Several years ago — two, if I am not mistaken — Quebec changed its investor immigrant program — which, by the way, was extremely

de garantie; ainsi même si je suis convaincu que cette personne n'a pas les mêmes connaissances que moi, étant donné que j'ai un diplôme de droit, au moins on saura que les personnes qu'ils représentent devant la Commission bénéficieront d'une sorte de garantie.

Le sénateur Di Nino: Merci pour ces précisions. Je voudrais changer un peu de sujet et vous demander si l'un d'entre vous aurait des commentaires à faire sur d'autres parties du projet de loi. Nous nous sommes concentrés, à juste titre, on peut dire, sur le processus de reconnaissance du statut de réfugié. Nous avons aussi mis l'accent sur les éléments du projet de loi qui intéressent la sécurité. Vu les événements du 11 septembre, c'est tout à fait normal. Par contre, la Loi sur l'immigration ne se limite pas à des questions de sécurité ou au processus de reconnaissance du statut de réfugié. Du point de vue du Québec, y a-t-il donc d'autres problèmes auxquels s'attaque le projet de loi mais qui à votre avis ne satisfont peut-être pas les besoins du Québec du point de vue du type d'immigrants dont elle a besoin, et cetera?

[Français]

Mme Brosseau: Il y a différentes petites choses que nous n'avons pas dites qui nous inquiétaient dans le projet de loi, mais nous vous avons donné essentiellement les grandes lignes de ce qui étaient, pour nous, les points majeurs.

Par exemple, bien qu'on ait beaucoup modifié les règles et qu'on les ait simplifiées, l'application de l'article 124 n'est pas claire chez les transporteurs, à savoir s'il va s'appliquer. Il y a plusieurs points dans le projet de loi qui nous dérangent un peu, mais il faudrait que vous soyez plus spécifique pour que je puisse vous répondre.

[Traduction]

Le sénateur Di Nino: Oui, si vous voulez. Ce n'est peut-être pas du ressort du barreau, mais le fait est que peu de gens du Québec nous ont fait part de leurs vues sur les dispositions du projet de loi qui concernent le Programme d'immigration des investisseurs, par exemple. Nous n'avons pas reçu beaucoup de témoignages de représentants du Québec sur le fait de savoir si ce projet de loi permettrait à la province du Québec d'attirer des gens qui possèdent les compétences qui manquent actuellement au Québec. Nous avons tendance à mettre tellement l'accent sur les questions touchant les réfugiés et la sécurité que je voulais tout de même vous demander si vous avez des observations à faire au sujet de ces éléments-là ou d'autres questions afférentes.

[Français]

Mme Brosseau: Le cadre particulier du Québec détone un peu. Je comprends que les gens ne vous aient pas entretenu à cet égard. Sachez qu'il y a depuis quelques années déjà un accord Québec-Canada sur le contrôle de l'ampleur de son immigration.

On a une certaine critique à formuler à l'égard du programme, mais compte tenu du fait que le projet de loi accorde une préséance sur toute la question des catégories d'immigrants, ainsi que celle des immigrants investisseurs, cela ne posait pas de problème parce que c'est la politique provinciale qui est sujette à la critique. Il y a déjà quelques années, je pense que cela remonte à

successful — by setting a quota for it. That is one of the criticisms we have made.

But as a general rule, the criticism we could make of Bill C-11 in terms of its treatment of immigrants and the different classes of immigrants — if we set aside the family reunification program, which is a federal responsibility, and refugee status — has to do with the imposition of quotas. That may not be the best way to proceed. If the quota has been met for a specific class of immigrants after six or eight months — and it's important to understand that the system operates on the basis of classes of immigrants, so people can always change their minds and decide to emigrate to a different country. So, a quota-based system is a problem. Bill C-11 sets quotas. Because the provincial program takes precedence and because that has been laid out in the legislation, people in Quebec did not really address that point to the same extent when they appeared before the House of Commons Committee.

[English]

The Deputy Chairman: Thank you, Ms Brosseau and Mr. Gervais for your excellent presentation. We appreciate your appearing on such short notice.

Our next witness, from the Province of Ontario, is Minister Cameron Jackson.

The Honourable Cameron Jackson, Minister of Citizenship with Responsibility for Seniors, Province of Ontario: Thank you. Honourable senators, I am joined today by Mr. Frank Ryder, Bureau Commander, Investigative Support Bureau, Ontario Provincial Police; Mr. Robert Montgomery, Assistant Deputy Minister, Citizenship, Province of Ontario; Ms Carolyn Chaplin, Executive Assistant, Office of the Minister, Citizenship, Province of Ontario; Mr. Scott Newark, Vice-chair, Special Counsel, Office of Victims of Crime, Province of Ontario, whom many of you may know as the former Executive Director of the Canadian Police Association. Mr. Newark has appeared before you and before members of the commons committee on matters pertaining to immigration enforcement.

Thank you for the opportunity to address this committee and present Ontario's views on this very important proposed legislation. Ontario is a province that welcomes immigrants. Last year we received 59 per cent of Canada's immigrants. By comparison, our share of the country's population is only 38 per cent. Over the last 10 years, Ontario has averaged over 100,000 new immigrants each year — more than one half of all immigrants to Canada. Ontario's population is the most ethnically diverse in the country, reflecting more than 250 nations.

Nowhere in Canada has immigration been a more defining characteristic than in Ontario. We support immigration and we are profoundly affected by it. Clearly, the federal immigration

deux ans, le Québec a modifié son programme d'investisseurs qui était très florissant, soit dit en passant, en imposant un certain quota. C'est un reproche qu'on fait.

De façon générale, le reproche qu'on pourrait faire au projet de loi C-11 à l'égard des immigrants et des différentes catégories d'immigrants — si on fait abstraction du regroupement familial qui est de compétence fédérale et du statut de réfugié — concerne l'imposition des quotas. Ce n'est peut-être pas la façon de procéder. Si après six ou huit mois le quota dans une catégorie a été atteint — sachez qu'on fonctionne par catégorie — les gens peuvent changer d'idée et chercher à immigrer dans à un autre pays. Le fonctionnement par quota pose un problème. On prévoit les quotas dans le projet de loi C-11. Compte tenu de la préséance du programme provincial et compte tenu que c'est confirmé par la loi, les gens en provenance du Québec en ont moins discuté lors de leur comparution devant le comité de la Chambre des communes.

[Traduction]

La vice-présidente: Merci, madame Brosseau et monsieur Gervais pour votre excellent exposé. Nous vous sommes bien reconnaissants d'avoir accepté de comparaître, malgré le peu de préavis qu'on vous a donné.

Notre prochain témoin est le ministre Cameron Jackson, de la province de l'Ontario.

L'honorable Cameron Jackson, ministre de la Citoyenneté avec responsabilité pour les personnes âgées, Province de l'Ontario: Merci, honorables sénateurs. Je suis accompagné cet après-midi de M. Frank Ryder, responsable, Bureau du soutien d'enquêtes, Police provinciale de l'Ontario; M. Robert Montgomery, sous-ministre adjoint, Affaires civiques, Province de l'Ontario; Mme Carolyn Chaplin, chef de cabinet, Bureau du ministre, Affaires civiques, Province de l'Ontario; M. Scott Newark, vice-président, conseiller spécial, Bureau des victimes de la criminalité, Province de l'Ontario, que bon nombre d'entre vous connaissez déjà, puisqu'il s'agit de l'ex-directeur général de l'Association canadienne des policiers. M. Newark a déjà comparu devant vous et les membres du comité de la Chambre des communes pour discuter de questions relatives au contrôle de l'immigration.

Merci de l'occasion qui m'est donnée cet après-midi de m'adresser au comité et de présenter les vues de l'Ontario sur ce projet de loi très important. L'Ontario est une province qui est heureuse d'accueillir des immigrants. L'année dernière, nous avons accueilli 59 p. 100 des immigrants canadiens. Par contre, notre part de la population canadienne est de seulement 38 p. 100. Au cours des 10 dernières années, l'Ontario a reçu en moyenne plus de 100 000 nouveaux immigrants chaque année — plus de la moitié de tous les immigrants au Canada. La population de l'Ontario est la plus diversifiée, sur le plan ethnique, de toutes les populations du pays, puisque plus de 250 nations du monde y sont représentées.

De fait, dans aucune autre région du pays, l'immigration n'aura autant caractérisé le territoire ontarien. Nous favorisons l'immigration et nous sommes profondément touchés par elle. Il

program has a significant impact on the social dynamic of our province and our public programs such as health care, education and social assistance. The selection of economic immigrants also affects Ontario's economic growth and continued prosperity.

Ontario has a huge stake in the effectiveness of the immigration program that will ultimately be based on Bill C-11. Although the bill proposes some positive changes, Ontario has a number of concerns about the proposed legislation and its pending regulations.

As framework legislation, Bill C-11 delegates broad authority to develop implementation rules in the regulations. It is the content of the regulations that will have the greatest impact on Ontario and other provinces and territories. Yet the details of the regulations have not been published; nor has a consultation process been established. So far, any consultation with the Government of Ontario has been somewhat piecemeal and sporadic.

Ontario's majority share of Canada's immigrants warrants commensurate participation in the development of federal immigration policies and programs. We seek wording in the act that commits the federal government to meaningful consultations with all the provinces.

Again, it is in the regulations that will flow from this act that we have the most impact. The Government of Ontario is particularly concerned about proposed direction in four areas: economic immigration; family sponsorship criteria and enforcement of sponsorship agreements; medical safeguards and excessive demands assessments; and refugee determination.

A transparent and effective admissions system for skilled immigrants is important to Ontario and Canada's economic growth. CIC has proposed a "human capital" model for selection of skilled workers in the economic class. Ontario agrees with this approach in principle, but has a number of concerns with the waiting and implementation of these criteria.

The models proposed by the CIC undervalue the importance of language ability. Studies based on the Longitudinal Immigration Data Base, IMDB, show that language proficiency is crucial to the success of immigrants in the Canadian and Ontario labour markets. Related to this is the lack of standardized language testing of skilled worker applicants. As a consequence, many skilled immigrants with supposed language skills arrive in Canada to discover their language abilities are not up to the standard required in their profession or trade. They end up suffering through long periods of unemployment or under-employment. Some never find work in their field at all.

est clair que le programme fédéral d'immigration influe de manière importante sur la dynamique sociale de notre province et sur nos programmes publics, tels que l'assurance-santé, l'éducation et l'assistance sociale. La procédure de sélection des immigrants économiques a également un impact sur la croissance et la prospérité à long terme de l'Ontario.

Ainsi l'efficacité du programme d'immigration, qui dépendra en fin de compte du projet de loi C-11, revêt une importance très considérable pour l'Ontario. Même si le projet de loi propose certains changements positifs, l'Ontario désire exprimer ses préoccupations au sujet du projet de loi et de son éventuel règlement d'application.

À titre de loi cadre, le projet de loi C-11 délègue de larges pouvoirs en vue de l'élaboration des conditions de mise en oeuvre à définir dans le règlement d'application. C'est justement le règlement d'application qui aura le plus d'impact sur l'Ontario et sur d'autres provinces et territoires. Or, les détails du règlement d'application n'ont pas encore été publiés; de même, aucune démarche de consultation n'a été entamée. Jusqu'ici, les consultations menées auprès du gouvernement de l'Ontario ont été plutôt fragmentaires et sporadiques.

Nous estimons que le fait que l'Ontario accueille la majorité des immigrants canadiens justifie qu'on participe à un degré correspondant à l'élaboration des politiques et programmes fédéraux en matière d'immigration. Nous souhaitons donc que la Loi renferme une disposition qui oblige le gouvernement fédéral à tenir des consultations fructueuses auprès de l'ensemble des provinces.

Encore une fois, c'est le règlement d'application du projet de loi C-11 qui influera le plus sur nous. Le gouvernement de l'Ontario est particulièrement préoccupé par l'orientation fédérale dans quatre domaines précis: les immigrants de la composante économique; les critères relatifs au parrainage des immigrants par les familles et le respect des ententes de parrainage; les garanties médicales et l'évaluation des cas de fardeau excessif; et la reconnaissance du statut de réfugié.

Un système d'admission transparent et efficace à l'intention des immigrants qualifiés revêt une grande importance pour la croissance économique de l'Ontario et du Canada dans son ensemble. Le ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration a proposé un modèle axé sur le capital humain pour la sélection des travailleurs qualifiés de la composante économique. L'Ontario est d'accord sur cette démarche en principe, mais n'est pas entièrement rassuré en ce qui concerne le délai d'attente et l'application des critères proposés.

Les modèles proposés par CIC sous-estiment l'importance des capacités linguistiques. Des études fondées sur la Banque de données longitudinales sur les immigrants, BDIM, indiquent que les compétences linguistiques sont (coupé) au niveau de la participation des immigrants au marché du travail de l'Ontario. Un autre problème est le manque de tests linguistiques standardisés pour l'évaluation des compétences linguistiques des travailleurs-demandeurs. Par conséquent, de nombreux immigrants qualifiés qui sont censés posséder des compétences linguistiques suffisantes découvrent, dès leur arrivée au Canada, que leurs capacités linguistiques ne sont pas suffisantes pour

Federal models emphasize the value of education and Ontario supports this as well. However, if academic achievement is not accompanied by language skills, successful employment is unlikely. Also, given that education is an important factor for labour market integration, a standardized, objective method of assessing educational credentials is vital. This is a highly specialized task that visa officers are not currently trained to do.

Finally, none of this will work without adequate resources to build the capacity of overseas offices to assess applications from economic immigrants. CIC has a considerable backlog of applications for the economic class. The success of the economic component of the immigration program depends on adequate federal investment in a reliable assessment system, training of overseas staff, and supporting infrastructure. Ontario wants a system that is driven by quality and not just quantity.

After immigrants arrive here they need a head start to find jobs and to integrate successfully. Ontario provides settlement services and language training, as does the federal government. Unfortunately, the federal mechanism for funding settlement services means that newcomers to Quebec are far better resourced than newcomers to the rest of Canada. This dual system discriminates against 85 per cent of new Canadians who come to our country. Federal spending on settlement programs must be equitable across the country and based on each province's share of new immigrants.

Ontario support's the bill's objective of reuniting families. Strong families are critical to the successful integration of our newcomers. However, we are also concerned about default of family sponsorship agreements. Family sponsorship criteria must be realistic. If family relationships break down and sponsored immigrants must rely on social assistance, the goals of family reunification are not achieved.

The legislation and proposed directions of the regulations will expand the family class. There are many implications of these changes for Ontario's social assistance, health, seniors' services and other programs. There are also implications for areas of provincial jurisdiction, such as adoption, age of majority and common-law relationships. These are areas in which many provinces have their own legislation. So far, there has not been adequate consultation on these matters.

respecter les normes appliquées dans leur profession ou métier. Ils finissent par subir de longues périodes de chômage ou de sous-emploi. Certains ne trouvent jamais de travail dans leur domaine de spécialisation.

Les modèles fédéraux insistent sur la valeur de l'éducation, et l'Ontario soutient aussi ce principe de base. Cependant, quand la formation supérieure et les compétences linguistiques ne sont pas présentes en tandem, il est peu probable que la situation d'emploi de l'intéressé soit positive. De plus, étant donné que le niveau d'instruction constitue un facteur important pour intégrer le marché du travail, une méthode objective et normalisée d'évaluation des titres de compétences est absolument primordiale. Voilà une tâche hautement spécialisée pour laquelle les agents des visas n'ont pas reçu la formation nécessaire.

Enfin, aucun de ces projets n'aboutira en l'absence de ressources suffisantes pour renforcer la capacité des bureaux à l'étranger à évaluer les demandes présentées par les immigrants de la composante économique. CIC accuse déjà un retard de traitement considérable relativement aux demandes de cette catégorie. Le succès de la composante économique du programme d'immigration dépend d'un investissement fédéral suffisant dans un système d'évaluation fiable, dans des programmes de formation à l'intention du personnel posté à l'étranger, et dans une infrastructure de soutien. L'Ontario tient à ce que notre système soit axé sur la qualité, et pas uniquement la quantité.

Dès l'arrivée des immigrants au Canada, ceux-ci ont besoin d'un coup de pouce pour trouver des emplois et bien s'intégrer à la population. L'Ontario fournit des services d'établissement de même que des cours de formation linguistique, tout comme le gouvernement fédéral. Malheureusement, le mécanisme fédéral de financement des services d'établissement fonctionne de telle manière que les nouveaux arrivants disposent de meilleures ressources au Québec que ceux qui s'installent dans toutes les autres régions du pays. Ce système double introduit donc une discrimination contre 85 p. 100 des néo-Canadiens qui viennent s'installer dans notre pays. Les dépenses fédérales au titre des programmes d'établissement doivent être équitables d'un bout à l'autre du pays et reposer sur la part des nouveaux immigrants qu'accueille chaque province.

L'Ontario est également favorable à l'objectif du projet de loi consistant à assurer la réunion des familles. Des familles fortes sont essentielles à la bonne intégration des nouveaux venus. Cependant, nous sommes également préoccupés par le non-respect des ententes de parrainage de membres de la famille. Les critères fixés pour ce type de parrainage doivent être réalistes. En cas d'éclatement de la famille, si les immigrants parrainés doivent recourir à l'assistance sociale pour survivre, les objectifs du programme de réunion des familles n'auront pas été atteints.

Le projet de loi et l'orientation qu'on annonce pour le règlement d'application auront pour résultat d'élargir la catégorie de la famille. Les conséquences de ces changements pour le régime d'assistance sociale, le système de soins, les services dispensés aux personnes âgées, et d'autres programmes ontariens sont considérables. Les modifications proposées sont également susceptibles d'influer sur les pratiques provinciales dans des secteurs qui relèvent de la compétence des provinces, tels que

Studies by Citizenship and Immigration Canada, CIC, shows that welfare dependency among sponsored immigrants increases with time spent in Canada. Yet CIC is shortening the length of the sponsorship period from 10 to three years. In Ontario's view, the sponsorship obligation should remain for 10 years, or until the sponsored immigrant becomes a Canadian citizen.

We also believe that income requirements for sponsorship do not reflect the true costs of meeting sponsorship commitments. CIC has a poor track record of enforcing sponsorship obligations and tracking down defaulters. Ontario is now being called upon to pay significant financial support for unanticipated and unintended expenses. These are generally long-term financial supports that in some cases begin upon arrival. The estimated cost to Ontario of failed family class sponsorship is up to \$125 million, including the municipal share in social assistance costs in Ontario.

This information is not new to the federal government. My colleague, the Honourable John Baird, Minister of Community and Social Services, has written to the federal minister about these concerns, yet we have not seen any action.

The Government of Ontario, therefore, wants specific provisions that will: obligate federal responsibility for enforcing sponsorship agreements; establish a sponsorship registry to monitor whether sponsors are living up to their obligations; and where default has occurred, intervene with defaulters to encourage compliance.

Bill C-11 states that an applicant who might be expected to place an excessive demand on health and social services would be inadmissible to Canada. The criteria for "excessive demand" will be in the regulations. It is expected that the regulations will make a number of exemptions to this bar, including convention refugees from abroad and in Canada, members of the humanitarian class abroad and the protected class in Canada, along with spouses, common-law partners and dependent children.

In its rationale for these exemptions, the federal government states that the impact is expected to be relatively small. However, this statement is not supported by facts based on research. Ontario believes all these new exemptions could result in a considerable increase in the number of people who would become eligible for provincial health and social programs; as well, I might add, for

l'adoption, l'âge de la majorité et les unions de fait. De nombreuses provinces ont déjà voté leurs propres lois dans tous ces secteurs. Jusqu'à présent, il n'y a pas eu suffisamment de consultation sur l'ensemble de ces questions.

Des études menées par Citoyenneté et Immigration Canada, CIC, indiquent que plus les immigrants parrainés passent de temps au Canada, plus ils sont susceptibles de dépendre de l'assistance sociale pour survivre. Or CIC réduit la période de parrainage de 10 à trois ans. De l'avis de l'Ontario, l'obligation liée au parrainage doit s'appliquer pendant 10 ans, ou jusqu'au moment où l'immigrant parrainé obtient la citoyenneté canadienne.

Nous sommes également persuadés que les critères en matière de revenu fixés pour le parrainage ne correspondent pas aux véritables coûts qu'entraîne le respect de l'ensemble des engagements du parrain. D'ailleurs, le bilan de CIC est peu reluisant pour ce qui est de faire respecter les obligations de parrainage et de trouver ceux qui manquent à leurs engagements. L'Ontario se trouve à présent forcé de supporter d'importantes dépenses imprévues et non sollicitées pour assurer du soutien financier sous diverses formes. Il s'agit généralement de formes de soutien financier qui sont assurées à long terme, et dans certain cas, même dès l'arrivée. Le coût pour l'Ontario du non-respect des critères de parrainage pour la catégorie de la famille est évalué à 125 millions de dollars, y compris la part municipale des dépenses d'assistance sociale en Ontario.

Cette information est déjà connue du gouvernement fédéral. Mon collègue, l'honorable John Baird, ministre des Services sociaux et communautaires, a écrit à la ministre fédérale pour lui faire part de ses préoccupations, mais jusqu'à présent, aucune mesure n'a été prise.

Par conséquent, le gouvernement de l'Ontario voudrait qu'on incorpore dans la Loi des dispositions visant à: obliger les autorités fédérales à assumer la responsabilité de faire respecter les ententes de parrainage; à établir un registre de parrains pour être en mesure de déterminer si les parrains respectent ou non leurs engagements; et là où il y a eu manquement aux engagements, à intervenir auprès des intéressés pour les encourager à se conformer aux conditions de l'entente.

Le projet de loi C-11 frappe d'interdiction de territoire tout demandeur qui risquerait d'entraîner un fardeau excessif pour les services sociaux ou de santé. Les critères relatifs au «fardeau excessif» seront précisés dans le règlement d'application. On s'attend à ce que ce dernier prévoit un certain nombre d'exceptions, y compris les réfugiés au sens de la Convention qui viennent de l'étranger ou qui sont déjà au Canada, des personnes à l'étranger qui sont admises pour des raisons humanitaires ainsi que les personnes protégées au Canada, de même que les conjoints, conjoints de fait et enfants à charge.

Pour justifier ces exceptions, le gouvernement fédéral indique que leur impact devrait être relativement mineur. Or les faits et les résultats de la recherche nous amènent à tirer une tout autre conclusion. L'Ontario estime que toutes ces nouvelles exceptions pourraient faire sensiblement augmenter le nombre de personnes qui seraient en droit de bénéficier de programmes provinciaux de

long-term care or home care, for which the province receives not a penny of federal money.

Overseas medical screening of immigrants and refugee applicants must be accurate, not only to protect the Canadian public, but also to permit reliable assessment of long-term costs and appropriate treatment for the individual who is immigrating.

The federal government is entitled to make exemptions on humanitarian grounds. In doing so, it must also take responsibility for the financial impact on provincial health and social programs.

A substantial part of Bill C-11 is about Canada's refugee determination system. Ontario supports Canada's humanitarian tradition, yet that tradition need not come at the expense of prudence and good judgment. Our refugee determination system must be fair and well managed to ensure that those who truly need protection will get it and those who seek to abuse it are removed expeditiously from Canada.

The bill contains a number of changes that are intended to make the determination process more efficient and improve enforcement of the decisions of the Immigration and Refugee Board. On paper, some of these changes have merit. However, implementing them effectively is another matter. The lack of additional resources committed to this undertaking creates serious doubt about the success of the potential changes.

Ontario, along with British Columbia and Quebec, has publicly called on the federal government to substantially reduce the time it takes to make decisions and to remove individuals whose refugee claims have been rejected or who have committed crimes while in Canada and assume all costs for services provided to refugee claimants until the claimants are granted refugee status or are removed from Canada.

Any immigration system must, of necessity, include a process for enforcing the rules. Regrettably, Citizenship and Immigration Canada has a poor record of making that enforcement a priority — especially in cases where it is the criminal conduct that prompts the order of deportation. Further, even where such arrests occur, there is an equally poor record of following through to ensure deportation as our laws provide. Ontario has recently signalled our intention in this area and we call on Ottawa to join us in assigning the necessary resources to create a focussed approach to apprehension and removal of those persons who have broken the rules or have been refused permission to remain within our country.

santé et sociaux — et je dirais même de soins de longue durée ou de soins à domicile, pour lesquels la province ne reçoit aucun crédit fédéral.

Les résultats des examens médicaux que subissent les immigrants et les revendicateurs du statut de réfugié doivent être justes et fiables, pour permettre non seulement de protéger la population canadienne mais d'évaluer avec justesse les dépenses à long terme et des traitements dont pourraient avoir besoin les immigrants concernés.

Le gouvernement fédéral a le droit de prévoir des exceptions pour des raisons humanitaires. Ce faisant, il doit tout de même assumer la responsabilité de leurs éventuelles répercussions financières sur les programmes provinciaux de santé et sociaux.

La grande majorité des dispositions qu'on retrouve dans le projet de loi C-11 portent sur le processus de reconnaissance du statut de réfugié. L'Ontario tient à préserver la tradition humanitaire du Canada, mais cette dernière ne nous oblige pas à faire fi de prudence et de bon jugement. Notre processus de reconnaissance du statut de réfugié doit être juste et bien administré afin que ceux qui ont vraiment besoin de protection l'obtiennent et que ceux qui abusent soient renvoyés du Canada dans les plus brefs délais.

Le projet de loi contient un certain nombre de changements destinés à accroître l'efficacité du processus de reconnaissance du statut de réfugié et à améliorer l'exécution des décisions de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié. Sur le plan purement théorique, certaines des modifications proposées sont valables; les mettre en application, toutefois, c'est une toute autre question. Étant donné que le gouvernement fédéral ne s'engage pas à fournir des ressources additionnelles pour mener à bonne fin cette initiative, il y a lieu de douter que les changements proposés aboutissent.

L'Ontario, ainsi que la Colombie-Britannique et le Québec, ont annoncé publiquement qu'ils souhaitent que le gouvernement fédéral prenne des mesures pour réduire sensiblement les délais impartis pour les décisions de la Commission, et pour renvoyer toute personne dont la revendication a été rejetée ou qui a commis des crimes pendant son séjour au Canada, et que les autorités fédérales supportent l'ensemble des coûts des services assurés aux revendicateurs du statut de réfugié jusqu'au moment où ces derniers obtiennent le statut de réfugié ou sont renvoyés du Canada.

Tout système d'immigration doit nécessairement prévoir une procédure pour contrôler l'application des règlements. Malheureusement, le bilan de Citoyenneté et Immigration Canada est plutôt mauvais pour ce qui est de donner la priorité aux activités d'exécution et de contrôle — notamment dans des cas où un acte criminel est à l'origine du mandat de déportation. De plus, même lorsqu'il y a arrestation de l'auteur de l'acte, les antécédents du ministère ne sont guère plus positifs pour ce qui est de suivre les dossiers, en vue de s'assurer que ces personnes sont bel et bien déportées, comme le prévoit notre législation. L'Ontario a récemment parlé de ses intentions à cet égard et nous exhortons donc les autorités fédérales à se joindre à nous pour affecter les ressources nécessaires à cette activité, pour que nous adoptions une approche coordonnée permettant d'arrêter et de

In that sense, we are gravely concerned that Bill C-11 will eliminate the authority of the 50,000 sworn police officers of Canada to report inadmissibility for removal action and replace it instead with discretion vested only in federal immigration officials. This is a strange way to enhance enforcement, which we understood to be a major claim of the authors of this bill.

Ontario is also very concerned about the front-end screening process for the refugee claimants. The discretionary 72 hours proposed in Bill C-11 is not enough time to complete thorough security and criminal checks and is really no different from the current act.

Although Bill C-11 makes some attempts to streamline the refugee determination system, there is still considerable room for abuse of the system and opportunities for lengthy delays in the removal of individuals who are not deserving of Canada's protection.

In light of the September 11 tragedy, Canada should give more consideration to using the "safe third country" provision that is already in our legislation but has not been enacted. Further, it is unclear to us how Bill C-11 can proceed in light of the recent introduction of Bill C-36, the provisions of which obviously have relevance for the issues covered by Bill C-11. My officials and I will be pleased to provide specific examples of this during our discussion with you today.

In addition, the federal government has sole responsibility for the refugee determination and removal process, but does not assume most of the costs of services provided to refugee claimants. Ontario spends millions of dollars each year on social assistance and legal aid. There are considerable other costs related to health, housing, education and provincially funded settlement services. This is an important point. At the same time, refugee claimants are denied access to federally funded settlement services and language training. We cannot understand why this is happening.

To conclude, Ontario is proud to be the preferred destination for the majority of Canada's immigrants. We are proud that newcomers see this province as a place of opportunity and a place to establish new, productive lives. In turn, we expect newcomers to abide by the law and to contribute. We expect them to

renvoyer les personnes qui ont enfreint les règles ou qui ne sont pas autorisées à rester au Canada.

Dans ce sens-là, nous avons de graves préoccupations concernant la possibilité que le projet de loi C-11 enlève aux 50 000 agents de police du Canada le pouvoir de signaler les interdictions de territoire pour enclencher la procédure de renvoi pour le remplacer par un pouvoir discrétionnaire qui serait exercé exclusivement par des agents fédéraux d'immigration. Nous trouvons étrange que le gouvernement fédéral propose une telle mesure surtout si elle est censée améliorer l'application de la Loi, car tel est justement l'un des objectifs que le projet de loi doit permettre de réaliser, selon ses rédacteurs.

Les craintes de l'Ontario ne sont pas moins grandes à l'égard de l'étape initiale du processus d'examen préalable des demandes de statut de réfugié. Le délai discrétionnaire de 72 heures que propose le projet de loi C-11 n'est pas suffisamment long pour permettre de faire tous les contrôles de sécurité et vérifications judiciaires qui s'imposent, si bien que la mesure proposée n'est guère différente de ce qu'on retrouve dans la Loi actuelle.

Bien que le projet de loi C-11 cherche de diverses manières à rationaliser le processus de reconnaissance du statut de réfugié, les possibilités d'abus du système et de longs délais avant que les autorités puissent renvoyer des personnes qui ne méritent pas de bénéficier de la protection du Canada, sont encore très considérables.

Vu les événements tragiques du 11 septembre, le Canada devrait envisager de recourir à la disposition relative au «tiers pays sûr» qui figure déjà dans la Loi mais n'a jamais été promulguée. De plus, vu le récent dépôt du projet de loi C-36, dont les dispositions revêtent nécessairement une certaine importance pour le projet de loi C-11, nous voyons mal comment on peut encore envisager de faire voter le projet de loi C-11. Moi-même et les fonctionnaires qui m'accompagnent nous ferons un plaisir de vous citer des exemples précis pendant la discussion pour éclairer notre raisonnement à cet égard.

En outre, seul le gouvernement fédéral est responsable du processus de reconnaissance du statut de réfugié et de la procédure de renvoi, mais il ne supporte pas pour autant la majorité des dépenses qu'entraînent les services qui sont assurés aux revendicateurs du statut de réfugié. L'Ontario consacre des millions de dollars chaque année à l'assistance sociale et à l'aide juridique. De plus, les soins de santé, le logement, l'éducation et les services d'établissement financés par la province entraînent également des coûts très élevés pour la province. Nous ne pouvons pas trop insister sur ce point. En même temps, on refuse aux revendicateurs du statut de réfugié l'accès aux services d'établissement et aux cours de formation linguistique financés par le gouvernement fédéral. Cette situation est, pour nous, des plus illogiques.

En conclusion, l'Ontario est fier d'être la destination préférée de la grande majorité des immigrants canadiens. Nous sommes fiers de voir que les nouveaux venus reconnaissent les possibilités très intéressantes que peut leur offrir notre province et qu'ils désirent s'y installer pour mener une nouvelle vie productive. Par

encourage their children to become good citizens and to participate actively in the life of our province and of our country.

Thank you for the opportunity to express these concerns. We would be pleased to respond to your questions.

The Deputy Chairman: When you talked about unanticipated and unintended expenses of \$125 million, is that over and above all the other costs that you just outlined in the closing part of your statement?

Mr. Jackson: No, the \$125 million is a figure that we believe are the additional costs. The unanticipated and unintended costs may be the ones that occur as a result of Bill C-11, so in fact that figure will rise substantially by virtue of the process of increasing numbers, but also by, in our opinion, reducing some of the security or enforcement components of the legislation. We see that number actually compounding.

The Deputy Chairman: Did you say that it included the municipal costs?

Mr. Jackson: As you know, social assistance is borne in portion by the municipal property, so it is on the property taxes in the Province of Ontario.

Senator Andreychuk: You said that the federal funding for the language training and other costs were cut. When was it cut, and was it as a result of a negotiation?

Mr. Jackson: No, I believe that it has never been eligible. If you are a refugee claimant, you are by definition ineligible for settlement dollars and language training dollars. As the number of refugee claimants grows and as the preferred destination for refugee claimants is Ontario, we are left to bear those additional costs. Therefore, it is not that the federal government cut settlement and language training funds. They have never been deemed eligible. The number is getting rather large.

Senator Cordy: Thank you for your comments this afternoon. I was interested in your comments on family reunification because the minister has certainly said that family reunification is important in the department. The adjustment to a new community is much better if family members are around you.

You talked specifically about the area of family breakdown. As you stated, this bill reduces the terms of family sponsorship from 10 years to three years.

contre, nous nous attendons à ce que les nouveaux arrivants respectent la loi et apportent une contribution à la société. Nous nous attendons à ce qu'ils encouragent leurs enfants à être de bons citoyens et à participer activement à la vie de la province et du pays dans son ensemble.

Merci de m'avoir donné l'occasion de vous faire part de nos préoccupations. Nous sommes à votre disposition pour répondre à vos questions.

La vice-présidente: Vous avez parlé tout à l'heure de dépenses imprévues et involontaires de 125 millions de dollars; est-ce que cette somme vient s'ajouter aux autres coûts que vous avez énumérés à la fin de votre exposé?

M. Jackson: Non, d'après notre évaluation, l'ensemble des coûts additionnels se monte à 125 millions de dollars. Les dépenses imprévues et involontaires sont celles qui découlent du projet de loi C-11, si bien que ce chiffre augmentera considérablement au fur et à mesure qu'augmentera le nombre de dossiers à traiter, et aussi du fait que les mesures de sécurité ou d'exécution de la Loi sont affaiblies par ce projet de loi. Donc, en ce qui nous concerne, ce montant est susceptible d'augmenter considérablement.

La vice-présidente: Vous dites que ce montant comprend les dépenses des municipalités?

M. Jackson: Comme vous le savez, les dépenses liées à l'assistance sociale sont en partie à la charge des autorités municipales; ces dépenses sont incorporées dans les impôts fonciers dans la province de l'Ontario.

Le sénateur Andreychuk: Vous avez dit que le financement fédéral au titre de la formation linguistique d'autres programmes a été réduit. Quand est-ce que ce financement a été réduit, et est-ce que la réduction a suivi une période de négociation?

M. Jackson: Non, que je sache, ces services n'ont jamais bénéficié de financement fédéral. Si vous êtes revendicateur du statut de réfugié, par définition, vous n'avez pas accès aux crédits réservés pour les services d'établissement et les cours de formation linguistique. Au fur et à mesure qu'augmente le nombre de revendicateurs, et qu'un nombre accru de revendicateurs décident de s'installer en Ontario, nous nous trouvons dans l'obligation de supporter ces dépenses additionnelles. Donc, le problème, ce n'est pas que le gouvernement fédéral a réduit le financement des services d'établissement et de formation linguistique. Le fait est que ces services n'ont jamais bénéficié de financement fédéral. En même temps, le nombre de revendicateurs ne cesse d'augmenter.

Le sénateur Cordy: Merci beaucoup pour votre exposé. J'ai été très intéressée par ce que vous avez dit au sujet de la réunion des familles parce que la ministre a affirmé que le ministère attache beaucoup d'importance à cette composante du programme. Il va sans dire qu'un nouvel arrivant s'intègre mieux à la collectivité s'il est entouré par sa famille.

Vous avez également parlé de l'éclatement des familles. Comme vous le dites, ce projet de loi réduit de 10 à trois ans la durée des obligations relativement au parrainage de membres de la famille.

We had a number of witnesses who appeared before us who think that three years is too long a period for family sponsorship. The people who gave us that advice were talking about cases of spousal abuse. The wife comes to this country sponsored by her husband, but is in an abusive situation. Then she is tied into staying in that situation for three years because her husband is her sponsor to be in Canada.

You are saying that three years is too short. Could you expand on that?

Mr. Jackson: First, we do not see a correlation to being domiciled and having financial responsibility. Our country is filled with situations of abuse where it is in the best interests of the family to be separated, but the ongoing financial responsibility of the partner is required under our laws. I see those as two separate requirements.

We are concerned about issues around enforcement of the current sponsorship program to ensure that those costs are borne in accordance with the agreement that was signed.

Senator Cordy: I agree that there are many people who are not living together who are being financially supported by the other spouse, but if you are new to the country, you might be a little nervous about leaving the home. You might be concerned that your spouse might drop the support or the sponsorship.

Mr. Jackson: It is not my understanding that you are required to be domiciled with the offending partner. I must go back to that point.

Senator Cordy: I would agree that that may not technically be correct, but a woman in that situation would be afraid to leave the home for fear that her sponsorship would be dropped. We will have to agree to disagree on that situation.

You also talked about the need to remove serious criminals quickly from the country. You mentioned "safe third countries" as being one way to do that. Is there anything in Bill C-11 that would allow a serious criminal to be removed from the country more quickly?

Mr. Scott Newark, Vice-chair, Special Counsel, Office for Victims of Crime, Province of Ontario: Senator, I was particularly looking at that. My experience came from getting an insight into immigration enforcement following the murder of a Toronto police officer, Todd Bayliss. We had an insight that, exactly the opposite of what you're asking about had not taken place.

There were substantive improvements in relation to expedited deportation for those convicted of serious criminality. There was private member's bill by a Liberal MP that would have taken the two tracks together — the federal removal process and

Bon nombre de témoins que nous avons reçus estiment qu'un délai de trois ans est trop long pour le parrainage de membres de la famille. Les personnes qui ont émis cette opinion ont cité l'exemple de violence conjugale. Il arrive que la femme d'un immigrant vienne au Canada, après avoir été parrainée par son mari, mais fasse ensuite l'objet de violence conjugale. À ce moment-là, elle est obligée de rester au Canada pendant trois ans, parce que c'est son mari qui est son parrain.

Vous dites qu'un délai de trois ans est trop court. Pourriez-vous nous expliquer pourquoi vous êtes de cet avis?

M. Jackson: D'abord, en ce qui nous concerne, il n'y a pas de lien entre le fait de vivre avec quelqu'un et d'avoir à assumer certaines responsabilités financières. Nous avons au Canada de nombreux cas de violence conjugale où, dans l'intérêt de la famille, les conjoints se séparent; il reste que notre législation prévoit que le conjoint continue d'assumer ses responsabilités financières à l'égard de sa famille. Donc, pour moi, il s'agit de deux choses bien distinctes.

Nos préoccupations concernent plutôt le respect des conditions liées au programme actuel de parrainage pour que les intéressés respectent leurs engagements, conformément à ce que prévoit l'entente qu'ils ont signée.

Le sénateur Cordy: Je suis d'accord pour dire qu'il arrive fréquemment que deux conjoints ne vivent pas ensemble mais que l'un bénéficie du soutien financier de l'autre, mais si vous venez d'arriver au Canada, vous serez peut-être réticent à quitter votre maison. Vous craignez peut-être que votre conjoint cesse de vous aider financièrement ou annule son parrainage.

M. Jackson: Que je sache, il n'est pas obligatoire de vivre avec le conjoint qui est l'auteur des actes violents. Il me semble important de bien insister là-dessus.

Le sénateur Cordy: Je reconnais que strictement parlant, ce n'est peut-être pas une condition, mais une femme qui se trouve dans cette situation-là craindrait de quitter la maison, de peur qu'on annule son parrainage. Donc, sur ce point, nous ne sommes manifestement pas d'accord.

Vous avez aussi parlé de la nécessité de renvoyer rapidement les personnes qui commettent des actes criminels graves. Vous dites qu'un moyen possible consisterait à recourir à la disposition touchant les «tiers pays sûrs». Le projet de loi C-11 comporte-t-il des dispositions qui permettraient de renvoyer plus rapidement quelqu'un reconnu coupable d'un acte criminel grave?

M. Scott Newark, vice-président, conseiller juridique spécial, Bureau d'aide aux victimes d'actes criminels, province de l'Ontario: Sénateur, c'est une question à laquelle je me suis beaucoup intéressé. Mon expérience dans ce domaine est liée à ce que nous avons appris, concernant l'application de la Loi de l'immigration, à la suite du meurtre d'un agent de police torontois du nom de Todd Bayliss. Nous avons su à l'époque que justement l'inverse s'était produit, par rapport à la situation dont vous parlez.

Des améliorations considérables ont été proposées en vue d'accélérer la procédure de déportation visant les personnes reconnues coupables d'actes criminels graves. Un projet de loi d'initiative parlementaire, a été proposé par un député libéral qui

criminal trial process. On defined specific serious offences after opportunity for full submission, the court could have said that it has listened to the submissions, determined the sentence and ordered the deportation. That could be appealed to the Court of Appeal. That would have been an expedited process that would have accomplished something.

I do not see a whole lot of that in this bill. There are some real concerns that I have when I go through it. As I am sure you know, when you get to the sections that deal with the grounds of admissibility, each one — whether security, organized crime or serious criminality grounds — has a little subsection that says that the minister can make an exemption for someone.

Equally, the act says that the regulations can define someone out of the applicability of those sections. There is initial ministerial override discretion to remove people from that, as well.

I am concerned that I see some changes in some of the places to which the appeal process may go. I do not see very much frankly that will result in expedited deportation of people convicted of those most serious offences.

Senator Di Nino: Welcome, minister and your colleagues. It is good to see you again.

First, I think that you identified two issues that have given this committee great concern. One is that this is framework legislation that allows the government to conduct “government by bureaucracy instead of by laws,” as someone put it. You do have cause for concern because we do not know what will be in the regulations.

Second, a recurring theme of all of the witnesses has been, “Where is the beef? There is no money in the system.” The resources that the system needs to accomplish the objectives articulated with the previous immigration bill and this bill are not available. These are two of the most serious concerns. We have been grappling with that.

You commented on your concern with the 72-hour requirement for an immigration officer to reach a decision. The response has been that if there is a concern about criminality, that person would then be set aside and transferred over to the security people.

If I understand you correctly, you are concerned that because the time is so narrow, that the mistakes may be made on the other side. That is, people will be allowed in within the 72-hour period because we do not have enough time to make a decision without doing a proper analysis of the individual applying.

aurait permis de faire coordonner les deux procédures — c’est-à-dire la procédure fédérale de renvoi et la procédure pénale. Par rapport à certaines infractions graves, après l’exposé des faits, le tribunal aurait été en mesure, après avoir pris connaissance des faits, de prononcer la sentence et d’ordonner la déportation. On avait aussi prévu la possibilité d’en interjeter appel à la Cour d’appel. Il se serait agi d’une procédure accélérée beaucoup plus efficace.

Par contre, ce projet de loi ne contient pas grand-chose d’intéressant; au contraire, certaines de ses dispositions suscitent de graves préoccupations. Comme vous le savez certainement, chacune des dispositions relatives aux interdictions de territoire — que ce soit pour des raisons de sécurité, de criminalité organisée ou d’actes criminels graves — comporte un petit alinéa qui prévoit que le ministre pourra autoriser des exceptions.

De même, le projet de loi prévoit que le règlement d’application pourra fonder ses définitions sur les conditions d’application des dispositions en question. Là aussi, on confère au ministre le droit de prévoir des exceptions.

Je souhaite donc qu’on propose des changements aux dispositions touchant la procédure d’appel. Pour l’instant, le projet de loi contient à mon avis peu de mesures qui permettront d’accélérer la déportation des personnes reconnues coupables des infractions les plus graves.

Le sénateur Di Nino: Je voudrais souhaiter la bienvenue au ministre et à ses collègues. Je suis bien content de vous revoir.

D’abord, vous avez mentionné deux éléments qui inquiètent beaucoup le comité: d’abord, le fait que cette loi-cadre permet au gouvernement de définir ses politiques en passant par la bureaucratie, au lieu de faire voter des lois, comme le disait quelqu’un. Cela nous inquiète, parce que nous ne savons pas du tout ce que contiendra le règlement d’application.

Deuxièmement, le thème qui revient souvent dans les propos des témoins, c’est que ce projet de loi manque totalement de substance; on n’investit pas d’argent frais dans le système. Les ressources qu’il faudrait affecter au système pour qu’il soit en mesure d’atteindre les objectifs précisés dans le dernier projet de loi sur l’immigration et dans celui-ci ne sont pas disponibles. Voilà donc les deux éléments qui inquiètent le plus les gens. Face à cette réalité, nous ne savons trop comment réagir.

Vous avez parlé de vos craintes à l’égard du délai de 72 heures dont dispose l’agent d’immigration pour prendre une décision. On nous a fait savoir, cependant, que si l’agent a des soupçons ou préoccupations à l’égard des antécédents criminels du demandeur, le dossier serait mis de côté et envoyé directement aux responsables de la sécurité.

Si je vous ai bien compris, vous avez peur, étant donné que le délai prévu est si court, que les erreurs commises tendent plutôt à favoriser l’autre extrême. Autrement dit, vous pensez qu’on aura tendance à autoriser beaucoup d’admissions, étant donné que le délai de 72 heures ne nous donnera pas le temps qu’il faut pour faire une bonne analyse du dossier et de prendre une décision en conséquence.

Mr. Jackson: The short answer is yes because there is not much difference in this bill under the current guidelines, which state 72 hours. We believe that necessary time should be undertaken to ensure that persons with lengthy criminal records or extremely violent pasts are not allowed to enter the country as quickly as they would in a system that allows people in by default if that information cannot be secured. We do not think that is appropriate.

My colleague from the OPP has specific statistics on the kinds of numbers of individuals we are talking about currently in the province who have engaged in criminal conduct. A limited amount of research would indicate how they were able to get into Canada as foreign nationals who decided to stay or to declare that they were refugees.

We are concerned that the necessary time should be taken. We would also like access to the technology that allows us to do a much safer job. It strikes me that we have more sophisticated high-tech equipment in casinos in Ontario that can screen people who are known to be engaged in inappropriate conduct, or people who are known addicts, so that they are escorted out. Why we do not have this level of technology at our airports and points of entry to assist us is a question that Canadians are now asking.

Our government has pledged additional resources to try to help in this process. The 72 hours represent an opportunity to have the door opened even further when we are trying to backfill with resources to gather individuals who have gained entry this way and then have engaged in criminal activity. The numbers in Ontario are rather significant.

Senator Di Nino: Could we ask the officer to give us some numbers?

Mr. Frank Ryder, Bureau Commander, Investigative Support Bureau, Ontario Provincial Police: The Premier of Ontario has made an announcement that this government wants to have a system put in place that is similar to the one we have in Ontario called Provincial Rope Squad. This system provides a focussed approach to identify where unlawfully at-large personnel are located in Ontario. We currently have 241 unlawfully at-large individuals who are being sought by our Provincial Rope Squad. Of those 241 individuals, 52 also have immigration warrants. That shows how the two can sometimes be linked.

Following September 11 and following the premier's announcement, we are looking at ways to deal with this issue. Prior to September 11, in terms of those 241, there was a way to determine who was the most important in respect of public safety

M. Jackson: Oui, c'est bien ça, car il n'y a guère de différence entre les lignes directrices actuelles, qui prévoient un délai de 72 heures, et ce que propose le projet de loi. À notre avis, il faut absolument prendre le temps nécessaire de s'assurer que des personnes qui ont un casier judiciaire chargé ou sont l'auteur d'actes très violents ne soient pas admises au Canada aussi rapidement qu'elles le seraient si l'on adopte un système qui autorise l'entrée d'étrangers au Canada simplement parce qu'on n'a pas le temps d'obtenir les renseignements nécessaires. À notre avis, une telle approche est tout à fait inadéquate.

Mon collègue de la Police provinciale de l'Ontario a des statistiques précises sur le nombre de personnes qui ont commis des actes criminels et se trouvent actuellement dans la province. Il suffirait de faire un peu de recherche pour savoir que ces personnes ont été admises au Canada à titre de ressortissants étrangers et ont décidé par la suite de rester ou de revendiquer le statut de réfugié.

Nous tenons par conséquent à ce que l'on prenne le temps nécessaire pour se renseigner sur les étrangers qui souhaitent être admis au Canada. Nous voulons aussi avoir accès aux technologies qui nous permettront de faire un meilleur travail et donc de mieux protéger les citoyens. Je vous signale que les casinos en Ontario disposent d'un équipement très sophistiqué qui permet d'identifier des personnes connues pour leur mauvais comportement ou pourraient être toxicomanes, de manière à les faire immédiatement sortir sous escorte. Pourquoi n'avons-nous pas accès à cette technologie très avancée dans nos aéroports et aux points d'entrée? Voilà la question que nous posent à présent les Canadiens.

Notre gouvernement s'est engagé à fournir des ressources additionnelles pour nous aider à accomplir ce travail. Mais le délai de 72 heures ouvrira encore plus grandes les portes, alors que nous essayons maintenant de trouver les ressources nécessaires pour attraper les personnes qui ont réussi à entrer au Canada de cette manière et ont ensuite commis des actes criminels. En Ontario, ces personnes sont assez nombreuses.

Le sénateur Di Nino: Pourrions-nous demander au représentant de la police de nous communiquer quelques statistiques?

M. Frank Ryder, commandant, Bureau du soutien aux enquêtes, Police provinciale de l'Ontario: Le premier ministre de l'Ontario a annoncé que son gouvernement entend mettre en place un système semblable à celui qu'applique en Ontario l'Équipe des pratiques opérationnelles régionales en matière d'exécution (PORE). Ce système repose sur des démarches coordonnées pour identifier des personnes qui sont illégalement en liberté en Ontario. À l'heure actuelle, notre équipe PORE cherche 241 personnes qui sont illégalement en liberté dans la province. Sur ces 241 personnes, 52 font également l'objet d'un mandat de l'Immigration. Cela vous indique bien qu'il est parfois possible de faire coordonner les activités des deux branches.

Depuis les événements du 11 septembre et l'annonce faite par le premier ministre de l'Ontario, nous cherchons différents moyens de nous attaquer au problème. Avant le 11 septembre, par rapport à ces 241 personnes, il était possible de déterminer

issues that we could focus our energies on so we could try to apprehend those individuals. Post September 11, we put two systems in place to extricate the 52 that also have outstanding immigration warrants. We also have a different kind of formula in place to basically elevate their priority so that we focus our efforts on identifying where those individuals are located. Currently missing from the enforcement of immigration issues is a concentrated effort to find these people.

Senator Cordy: Just a point of clarification on the subject of 72 hours. It is my understanding that the investigation is not completed within 72 hours, but that it is started within 72 hours. Therefore, at the same time, the case can begin before the IRB. In fact, if new evidence indicating that the person was not desirable in Canada showed up after the 72 hours while the case is before the IRB, that person would be deported at that time.

Mr. Newark: That is true and, theoretically, we have the capacity to detain at the border, in custody, to ask those same questions and to attempt to determine identification. This bill also permits entry into Canada while the investigation will be ongoing. In response to the previous questioner, much of what I do is involved in criminal justice — in fact, I will return to present before a Senate committee next week on Bill C-7. The true refrain that is constantly heard is that when we do things right at the beginning, it tends to work out so much better than if we wait until after the fact, when everything goes wrong. In that case, you have to spend much more time.

The same is true here, so that the better we do the job of screening the entry in at the outset, the much greater the benefit in the long run. I encourage you to go through the provisions of division 3, where I believe this is all laid out. The concern is that someone whom you do not want in the country, but you do not know is in the country, can be out on bail and can disappear. The fact is that we have 27,000 apparent warrants outstanding. It is an indication that we may have some problems in respect of tracking people down. That is where the difficulties begin to compound.

I would suggest, as a principle, that it is a good idea to focus at that front end before the entire system is engaged and all the other things that we certainly intend to keep in a rule of law society about how we make those subsequent decisions. That front-end decision-making is critically important, whether it is by using existing power such as, for example, in section 44 of the regulations, to fingerprint individuals who are seeking admission or readmission into Canada. We generally do not do this. Or, as the minister explained, to use enhanced technology and to ensure that it is used not only with the Americans but also with many other nations around the world. In that way, we know which people are not wanted in their countries and to which country they

lesquelles présentaient le plus de risque pour la sécurité du public, si bien que nous étions en mesure de concentrer nos efforts sur l'arrestation de ces personnes-là. Depuis le 11 septembre, nous avons instauré deux systèmes pour nous permettre de sortir les dossiers des 52 personnes qui font l'objet de mandats de l'Immigration non exécutés. Nous avons élaboré une formule un peu différente selon laquelle les dossiers de ces personnes sont jugés prioritaires, et à ce moment-là, nos efforts viseront surtout à déterminer où se trouvent les personnes en question. À l'heure actuelle, les mesures d'exécution de la loi ne prévoient aucune intensification de nos efforts en vue de trouver de telles personnes.

Le sénateur Cordy: J'aurais besoin d'un éclaircissement en ce qui concerne le délai de 72 heures. D'après ce que j'ai compris, il ne faut pas que l'enquête soit terminée en 72 heures; il faut plutôt qu'elle ait été lancée. Ainsi le dossier peut commencer à être examiné par la CISR. En fait, si des faits nouveaux sont découverts indiquant que l'intéressé est indésirable une fois que le délai de 72 heures est écoulé et que le dossier a déjà été pris en charge par la CISR, il serait aussitôt déporté.

M. Newark: C'est vrai, et en théorie, nous avons toujours la capacité, à la frontière, de garder quelqu'un en détention, de poser ces mêmes questions et d'essayer d'identifier l'individu. En même temps, ce projet de loi permet d'autoriser l'entrée au Canada alors même que l'enquête est en cours. En réponse à la question posée par le dernier intervenant, je devrais préciser que mes activités concernent surtout la justice pénale — en fait, je vais comparaître la semaine prochaine devant un comité sénatorial qui est saisi du projet de loi C-7. Ce qu'on entend dire constamment, c'est que si l'on agit dès le départ, le résultat est toujours plus approprié que si nous agissons après coup; c'est là que tout va mal. Mais cela suppose qu'on consacrera beaucoup plus de temps à l'examen du dossier dès l'étape initiale du processus.

Il ne va de même pour l'immigration: mieux nous contrôlerons l'entrée au Canada à l'étape initiale, plus ce sera avantageux pour nous à long terme. Je vous encourage à examiner de près la section 3, qui comporte toutes les dispositions détaillées à cet égard. Nos craintes concernent une situation où quelqu'un qu'on ne veut pas laisser entrer au Canada, mais qui est déjà au Canada sans qu'on le sache, puisse être libéré sous caution et disparaître. Le fait est que nous avons actuellement 27 000 mandats qui n'ont jamais été exécutés. Cela indique bien que nous avons du mal à trouver les gens une fois qu'ils sont là. C'est là que la situation se corse.

En principe, il me semble préférable de concentrer ses efforts sur l'étape initiale, c'est-à-dire avant que tout le processus s'enclenche, y compris tous ces autres mécanismes et procédures relatifs au processus décisionnel que nous tenons à conserver dans un État de droit. C'est l'étape initiale du processus décisionnel qui est critique: il pourrait s'agir, par exemple, d'avoir recours au pouvoir que nous confère l'article 44 du règlement de prendre les empreintes digitales de toute personne cherchant à être admise ou réadmise au Canada. En règle générale, nous ne faisons pas ce genre de chose. Ou encore, comme vous l'expliquait le ministre, nous pourrions recourir à des technologies plus avancées et nous assurer que ce ne sont pas uniquement les Américains qui s'en

were deported. Focus on the front end is important for what will follow and the amount of money it will cost.

Senator Cordy: The point is that there seems to be a misconception that all these decisions are made and the final decision is made within 72 hours.

Mr. Newark: The legislation is clear. The intention is that people will be released on bail or into the country after the expiration of that 72 hours period. We are making the point that we must ensure that we are able to do the job necessary in those 72 hours, if that is the time limit that will be set.

Senator Di Nino: May I have clarification, minister, on a comment you made. Both of the officials from the department and the minister made some firm comments about the consultation process that went on for the last two or three years in the preparation of this bill, which was Bill C-31 which died on the Order Paper during the previous parliament. You used the words "not adequate" or "spotty at best." You are suggesting that you have a different view of the consultation process than the view of the departmental officials and the minister. Is that correct?

Mr. Jackson: Yes, those words did stylize the concerns in Ontario. My ministry officials have been talking with officials from CIC, but at the political policy level, we have not really had a meaningful discussion. I wrote to my colleague, the Minister of Intergovernmental Affairs, and I wrote to Ms Elinor Caplan, Minister of Citizenship and Immigration, on September 28. I can leave a copy of that letter with the committee if you would like. In this letter, we lay out a series of concerns that required a more fulsome discussion to address some of the outstanding concerns about how well we are accommodating new Canadians in this country. That is a joint, shared responsibility of the federal and provincial governments.

In the letter I stated that Ontario is interested in establishing over the next few months a more flexible arrangement with the federal government, formalized in a Memorandum of Understanding that will ensure regular bilateral meetings between senior, Canada and Ontario staff.

We believe that a process of this nature should occur, given that 60 per cent of all new Canadians come to Ontario. In many respects, when Canada is set out at the United Nations as a model country, they are, in effect in a microscopic way, saying that Ontario is the jurisdiction of choice for this great experience. As Canadians we know that it is essentially an Ontario-based experience. So, the elements of tolerance and understanding, language compatibility and new settlement support are vitally important to the success of this public policy commitment.

servent, mais toutes les nations du monde. De cette façon, nous pourrions savoir quelles personnes ont été jugées indésirables dans leur pays et à quel pays ils ont été renvoyés. Il est donc critique de mettre l'accent sur l'étape initiale, si l'on veut assurer le succès des autres étapes du processus et réduire les frais.

Le sénateur Cordy: J'essaie simplement de vous dire que les gens semblent croire, à tort, que toutes les décisions, y compris la décision finale, sont prises dans un délai de 72 heures.

M. Newark: Le texte du projet de loi est clair. L'idée, c'est que les gens seront libérés sous caution ou admis au Canada après l'expiration du délai de 72 heures. Pour notre part, nous essayons simplement de vous faire comprendre qu'il faut absolument être en mesure de faire le travail qui s'impose dans les 72 heures, si c'est bien ce délai-là qu'on veut fixer.

Le sénateur Di Nino: Monsieur le ministre, j'aimerais vous demander de clarifier quelque chose que vous avez dit tout à l'heure. Les deux fonctionnaires du ministère, et la ministre elle-même, ont affirmé à quelques reprises qu'il y a eu des consultations pendant deux ou trois ans en prévision de ce projet de loi, qui était au fait le projet de loi C-31 qui est mort au Feuilleton à la fin de la dernière législature. Si je ne m'abuse, vous avez qualifié ces consultations d'«insuffisantes» ou d'«irrégulières au mieux». Ces qualificatifs laissent supposer que votre perception des consultations n'est pas tout à fait celle des fonctionnaires et de la ministre. C'est bien ça?

M. Jackson: Vous avez raison. Ce sont bien ces termes-là que j'ai employés en parlant des préoccupations de l'Ontario. Les fonctionnaires de mon ministère ont eu des discussions avec les responsables de CIC, mais aux niveaux politiques et stratégiques, ces discussions n'ont pas vraiment donné grand-chose jusqu'à présent. Le 28 septembre, j'ai écrit à mon collègue, le ministre des Affaires intergouvernementales, ainsi qu'à Mme Elinor Caplan, ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration. Je peux vous remettre une copie de cette lettre, si vous le désirez. Dans la lettre, nous avons expliqué nos préoccupations en disant qu'il convient de tenir des discussions plus approfondies en vue de trouver des solutions aux problèmes de l'accueil et de l'intégration des nouveaux venus au Canada. Il s'agit d'une responsabilité conjointe pour les administrations fédérale et provinciales.

Dans cette lettre, j'ai indiqué que l'Ontario voudrait ces prochains mois s'entendre avec les autorités fédérales sur une formule plus souple, qui serait officialisée dans un protocole d'entente, pour garantir la tenue de réunions bilatérales régulières entre des hauts fonctionnaires travaillant pour le gouvernement canadien et le gouvernement de l'Ontario.

À notre avis, un processus de ce genre s'impose, étant donné que 60 p. 100 de tous les néo-Canadiens s'installent en Ontario. À bien des égards, étant donné que le Canada est cité comme modèle par les Nations Unies, ceux qui choisissent l'Ontario proclament à autrui en quelque sorte que c'est dans cette province que l'expérience que vivent les nouveaux arrivants est la plus positive. En tant que Canadiens, nous savons que la très grande majorité des nouveaux venus vont vivre cette expérience. Ainsi la tolérance et la compréhension, la maîtrise de la langue et des mesures de soutien à l'établissement sont essentielles pour assurer

Thus, we need to have those channels completely open so that we can work together, whether it is about the death of Mr. Todd Bayliss, Police Officer, or whether it is the failure of a physician from Eastern Europe, who came here wanting to be a doctor and found out that he would need three to four years of language training to do that.

Senator Di Nino: I have some questions on the economic side. I alluded to the lack of resources from this government — particularly since September 11 — although there has been some movement towards putting some more money in the system.

The open border that exists between the Province of Ontario and the United States of America is, I understand, of huge importance to the economy of Ontario. I understand that unless we take the need to scrutinize the entry points to Canada more seriously than at least the Americans think we have, that border may not stay as open as it has been. That would have a major impact on the economy of Ontario. Can you comment on that?

Mr. Jackson: First, you summarized it very well. About 60 per cent of all of our economic activity occurs with the State of New York and the Great Lake states. Prior to September 11, I participated in an economic summit with Governor Pataki and our premier.

Our challenge is that so many jobs in Ontario are dependent on the free flow of goods across that border. The Americans will be responding in more specific ways about the free flow of goods and services and people.

There are also huge implications for tourism in the frustration that people might encounter at the border. There is a very strong, compelling argument for the economic health of our province and our country, since our growth numbers are supporting rather extensively so much of the federal infrastructure, without going into the detail of that argument.

However, there are other concerns. For example, we are concerned that we lack creativity in our federal thinking and our policy development. Human Resources Canada has a larger budget to assist Canadians with income support, income stability and employment opportunities than we have to run our entire province for all of our people. That one ministry has a larger budget.

It strikes us as odd that we do not have the resources to help our economic agenda as a nation, but when we need skilled workers from wherever we can find them, we do not have the resources to help get them here quickly. We are finding businesses are actually going abroad and trying to do that work.

le succès de cette nouvelle politique et le respect de l'engagement de fonds qui la sous-tend.

Ainsi les voies de communication doivent être bien ouvertes pour que nous collaborions ensemble, que ce soit pour parler du décès de M. Todd Bayliss, agent de police, ou du cas du médecin d'Europe de l'Est, qui est venu au Canada pour pratiquer la médecine mais s'est rendu compte, une fois sur place, qu'il aurait besoin de trois à quatre ans de cours de langue avant de pouvoir exercer sa profession.

Le sénateur Di Nino: J'ai des questions d'ordre économique. J'ai déjà parlé du manque de ressources — notamment depuis le 11 septembre — même si le gouvernement semble plus disposé à présent à affecter de nouveaux crédits au système.

Je crois savoir que la frontière ouverte qui sépare la province de l'Ontario des États-Unis revêt une très grande importance pour l'économie ontarienne. Mais d'après ce que j'ai pu comprendre, à moins que nous n'acceptions de prendre plus au sérieux — du moins de l'avis des Américains — le travail de contrôle des points d'entrée au Canada, il est possible que cette frontière ne soit pas aussi ouverte qu'elle l'a été jusqu'à présent. Cela aurait une incidence considérable sur l'économie de l'Ontario. Qu'en pensez-vous?

M. Jackson: D'abord, vous avez très bien résumé la situation. Nos échanges avec l'État de New York et les États des Grands Lacs représentent 60 p. 100 de notre activité économique. Avant le 11 septembre, j'ai participé à un sommet économique en compagnie du gouverneur Pataki et du premier ministre de l'Ontario.

La situation pour nous est plus compliquée du fait que de nombreux emplois en Ontario dépendent de la libre circulation des biens à la frontière. Les Américains comptent nous tenir au courant des mesures qui seront prises à l'égard justement de la libre circulation des biens, des services et des gens.

Cela a aussi des conséquences importantes pour le tourisme si les gens trouvent frustrant d'essayer de traverser la frontière. Donc, sans vous en donner tous les détails, on peut dire que les arguments liés à la santé économique de la province et du pays dans son ensemble sont fort solides et convaincants, puisque l'importante croissance économique enregistrée en Ontario soutient de nombreux éléments de l'infrastructure fédérale.

Nous avons aussi des préoccupations d'un autre ordre. Par exemple, nous sommes inquiets devant le manque de créativité qui semble caractériser la réflexion stratégique au niveau fédéral et l'élaboration des politiques. Développement des ressources humaines Canada dispose d'un budget plus important pour aider les Canadiens par le biais de mesures de soutien et de stabilisation du revenu ou d'accès à l'emploi que le budget prévu pour administrer l'ensemble des activités gouvernementales dans la province de l'Ontario. Ce seul ministère dispose d'un budget plus important que celui de la province.

Nous trouvons étrange par conséquent que nous n'ayons pas les ressources nécessaires en tant que nation pour être en mesure de réaliser nos grandes priorités économiques; quand nous avons besoin de travailleurs qualifiés et qu'il s'agit d'aller les chercher là où ils existent, nous n'avons pas suffisamment de ressources pour

We have a skills shortage because our economy is strong. We want it to continue to be strong. We see a paradox in public policy in that we are not using even some of Human Resources Canada's dollars to assess these people who are going to be Canadians very quickly. We have a skills shortage.

We need a dual tracking system for people whose company has already done the pre-screening of credentials, where someone has flown to London, England to interview those die-casters or whatever, and then get them here. I have not memorized the number, but I understand the backlog is pretty extensive on economic immigration.

We cannot even point to a specific class of immigrant whom we are processing in a fashion that has shown improvement in the last few years. Clearly, for Ontario's purposes, we take pride in bringing in those immigrants who help our economy. We take very seriously the notion that people come to this country as foreign nationals who then break our laws such as in the murdering our citizens, and we lack the capacity to have them deported quickly for the ongoing safety of Ontarians.

Those two areas of concern are paramount in the Province of Ontario.

Senator Roche: First, might the letter of September 28 that you just quoted from you and your colleague, the Minister of Intergovernmental Affairs, to Minister Caplan, be tabled and circulated to the committee as soon as possible?

Mr. Jackson: Yes.

Senator Roche: I would like to read it tonight.

Minister, I was struck by your comment that, as I understood you, you do not think it is such a great idea to proceed with Bill C-11 in light of the Bill C-36 legislation now before us. You would probably find much company in that view.

However, we are facing a house order in the Senate that this bill will be voted on at third reading on Wednesday, October 31. Thus, we must proceed, even though some are not terribly happy about moving this quickly.

That being the case, I am struck by the fact that Ontario is such a major recipient of immigrants, at 60 per cent. I am at a loss to understand why there was not proper consultation with the

les faire venir rapidement. Donc, de plus en plus, nous constatons que les entreprises prennent elles-mêmes l'initiative d'aller à l'étranger et de faire elles-mêmes ce travail.

Nous avons actuellement une pénurie de main-d'oeuvre, étant donné que notre économie tourne à plein régime. Nous voulons que cela continue d'être le cas. Mais paradoxalement, les politiques gouvernementales ne prévoient même pas qu'une partie des crédits affectés à Développement des ressources humaines Canada servent à évaluer les compétences et qualifications de ceux et celles qui seront bientôt Canadiens. Nous avons une pénurie de main-d'oeuvre.

En conséquence, nous avons besoin d'un système de suivi double à l'intention de ceux dont l'entreprise a déjà fait un examen préalable des titres de compétence — c'est-à-dire où quelqu'un est allé à Londres, en Angleterre, pour faire passer des entrevues aux travailleurs spécialisés de l'industrie du moulage sous pression, ou d'une autre industrie — pour qu'ils puissent venir au Canada aussi rapidement que possible. Je n'ai pas en tête le chiffre, mais je crois savoir que l'arriéré des demandes du côté de l'immigration économique est assez important.

Nous ne sommes même pas en mesure de dire à l'heure actuelle que nous avons amélioré ces dernières années nos délais de traitement de demandes touchant une catégorie particulière d'immigrants. Dans le cas de l'Ontario, nous pouvons affirmer à quel point nous sommes fiers de faire venir des immigrants au Canada qui vont ensuite apporter une contribution à l'économie. Mais l'idée que des gens puissent venir au Canada, à titre de ressortissants étrangers et enfreindre nos lois — par exemple, quand ils assassinent nos citoyens — et que nous ne soyons pas en mesure de les renvoyer rapidement pour assurer la sécurité de la population de l'Ontario nous semble tout à fait inadmissible.

Voilà donc les deux grandes préoccupations de la province de l'Ontario.

Le sénateur Roche: D'abord, serait-il possible de déposer et de faire circuler aux membres du comité dans les plus brefs délais la lettre du 28 septembre adressée par vous et votre collègue, le ministre des Affaires intergouvernementales, à la ministre Caplan, et dont vous avez cité des extraits tout à l'heure?

M. Jackson: Oui.

Le sénateur Roche: J'aimerais bien la lire ce soir.

Monsieur le ministre, j'ai été frappé par quelque chose que vous avez dit tout à l'heure: si je vous ai bien compris, vous estimez qu'il ne convient pas vraiment de faire voter le projet de loi C-11, étant donné que le projet de loi C-36 vient d'être déposé. J'ai l'impression que beaucoup d'autres personnes seraient du même avis.

Cependant, le Sénat a ordonné que ce projet de loi soit mis aux voix à l'étape de la troisième lecture, soit le mercredi 31 octobre. Donc, nous sommes bien obligés de poursuivre notre examen du projet de loi, même si certains ne sont pas très contents d'être autant bousculés.

Ceci dit, le fait que l'Ontario accueille autant d'immigrants — soit 60 p. 100 — m'a vraiment frappé. Je ne comprends donc pas pourquoi le gouvernement de l'Ontario n'a pas été consulté

Government of Ontario. It is so important to the successful assimilation of immigrants into Ontario and into Canada, and it is so important to hear the Government of Ontario's views. I speak as an Albertan: so important is Ontario to this subject.

Faced with the exigency that this bill will be voted on — and perhaps I will find the answer in your letter — is there anything we can do in an amendment that would ease the concern of the Government of Ontario at this time?

Mr. Jackson: There are several things. First, Senator Roche, thank you for your comments. I think Minister Manley has brought much to this discussion and I want to publicly acknowledge that. He is working very hard and effectively. He is working in consultation with our government. I believe that there may be some opportunities under his leadership to raise the very question you are raising. I will set that question aside.

As one who is faced with these political decisions at a provincial level, I know that our federal counterparts always have the opportunity to say that we can proceed to increase the number of immigrants to Canada — which is their plan — in the absence of this legislation being passed in late October. Therefore, it could be subject to further consultation, to further public input or any number of options. That is available.

Our concern is that we need to examine not just what the cost implications are. The real costs are the failure to provide the services, and there are gaps in service. I particularly underscored the refugee one. There is a major deficiency in public policy if a program denies refugees access to language and settlement services, and yet we have those programs for persons who are here under sponsorship. People are eligible also if they are economic immigrants, and they are comforted in the knowledge that they have secured a job in Canada. The very class that is having the greatest difficulty is not provided these services. That should be reviewed. For whatever reason, these issues are now coming under closer scrutiny. The learned members of this committee also have the opportunity to give additional recommendations with your report. It would be Ontario's view that it is better to do it right and look at the implications of bringing the two pieces of legislation together to complete a proper analysis before a final bill is secured in our federal house.

We could offer some follow-up material, if you so chose, on the issues regarding security. We put those in the form of a question because we do not have the answers to some of these questions.

Senator Roche: I would certainly welcome that information.

adéquatement. C'est tellement important pour assurer la bonne intégration des immigrants à la société ontarienne et canadienne qu'il me semble primordial de connaître les vues du gouvernement de l'Ontario. Je vous dis cela à titre de résident de l'Alberta: je reconnais que l'opinion de l'Ontario sur la question est tout à fait essentiel.

Étant donné la nécessité de mettre le projet de loi aux voix à la date prévue — et je trouverai peut-être la réponse dans votre lettre — j'aimerais savoir s'il y a des amendements que nous pourrions éventuellement proposer qui répondraient aux préoccupations actuelles du gouvernement de l'Ontario?

M. Jackson: Il y a plusieurs éléments importants. D'abord, sénateur Roche, merci pour vos commentaires. Je pense que le ministre Manley a beaucoup contribué à la discussion et je tiens à dire cela publiquement. Il travaille très fort et ses efforts portent des fruits. Il consulte actuellement notre gouvernement. Je pense donc que grâce à son leadership, il sera peut-être possible de lui poser la question que vous venez de soulever. Je laisse ça de côté pour l'instant.

Comme je suis moi-même confronté à ces décisions politiques au niveau provincial, je sais que nos homologues fédéraux ont toujours la possibilité de nous dire que nous accepterons un plus grand nombre d'immigrants au Canada — c'est ça leur plan — si ce projet de loi n'est pas adopté à la fin octobre. Par conséquent, il pourrait faire l'objet d'autres consultations, et on pourrait aussi demander l'avis du public sur la question; donc, il y a toutes sortes de possibilités.

En même temps, nous estimons qu'il est important de ne pas nous limiter à la question des coûts que cela représente. Les véritables coûts se situent au niveau de l'incapacité de fournir les services requis, car il existe effectivement des lacunes. J'ai insisté tout à l'heure sur la situation des réfugiés. De toute évidence, la politique gouvernementale est inadéquate si on refuse aux réfugiés l'accès aux services de formation linguistique et d'établissement, alors que nous assurons ces mêmes services aux personnes admises au Canada dans le cadre du programme de parrainage. Les gens y sont également admissibles s'ils ont été admis à titre d'immigrants économiques et cela les rassure, bien entendu, de savoir qu'ils ont décroché un emploi au Canada. La catégorie qui pose le plus problème est celle qui n'a pas accès à ces services. Il convient par conséquent de réexaminer l'opportunité d'une telle politique. Pour toutes sortes de raisons, ces questions sont maintenant examinées de façon beaucoup plus approfondie. Les membres éminents de ce comité auront également l'occasion de faire des recommandations dans leur rapport. L'Ontario estime qu'il vaut mieux faire les choses correctement la première fois et donc envisager d'étudier ensemble les deux projets de loi en vue de faire une analyse complète avant qu'une mesure législative définitive soit votée au niveau fédéral.

Nous pourrions vous envoyer de l'information, si vous le souhaitez, sur les questions de sécurité. Nous avons présenté tout cela sous forme de question, étant donné que nous n'avons pas encore de réponses à bon nombre de ces questions.

Le sénateur Roche: Je serais très heureux de recevoir cette information-là.

Mr. Newark: Regarding the original question about the context of Bill C-36, some of the things that pertain to this bill obviously are relevant to it. For example, if there is a list of terrorist organizations kept, it might be wise to reference that as a group that cannot sponsor someone to come into the country. Whatever those decisions are, you will need to cross-reference them to the bill itself. It makes sense to reference these and other offences in the legislation. For example, if someone were a participant, supporter or a member of one of the listed organizations, surely that would logically be grounds for inadmissibility in the security sections of the bill.

We have a large number of enforcement issues that are relevant because of the nature of the Bill C-36. We would be happy to supply them to you. That may be of some assistance.

You may ask for the production of regulations on which so much of this bill appears to be dependent. You may want to review section 94 of the current bill, which lists all the things that the minister is obliged to report. It looks more to me like the good news list as opposed to including the potentially bad news list. Items such as the number of warrants issued, the number of exclusions from the application of the inadmissibility were issued and all the things that pertain to enforcement information. That, frankly, would give the legislative branch the information to do its job as opposed to the executive branch holding on to the information.

Those are things that would concretely improve overall both the legislation and the means by which it interacts with Bill C-36, in whatever form it takes.

Senator Roche: Thank you. That is very helpful. The question of resources, Minister, has been widely discussed in this committee. I think the observations that the committee is thinking of making in connection with the return of the bill to the chamber, may well be included.

I have had a chance to glance at the letter of September 28, 2001. It deals largely with consultation. You will find a reflection of some of these thoughts in at least one third reading speech.

I did not follow you with precision when you opened up the discussion of your concern that Bill C-11 would remove authority for the enforcement process. Could you or your officials point me to one or more of the relevant clauses that represent your concern?

Mr. Jackson: The current act refers to "police officers;" the new legislation states an "officer."

Mr. Newark: I refer to section 27 of the current Immigration Act and clause 44 of the proposed bill. These deal with inadmissibility and what happens when law enforcement has information that someone is inadmissible to the country. This actually resulted from a particular case of an individual that came to the attention of the RCMP about 18 months ago. There were

M. Newark: Pour répondre à votre question originale sur le contexte du projet de loi C-36, il va sans dire que certains des éléments de ce projet de loi-ci lui sont liés. Par exemple, si l'on décide d'établir une liste d'organismes terroristes, il serait peut-être sage de prévoir qu'un tel groupe ne pourrait pas parrainer un immigrant. Enfin, quelles que soient vos décisions, vous devrez prévoir des renvois dans le projet de loi lui-même. Il semble logique d'y incorporer ces renvois et d'y faire mention d'autres infractions. Par exemple, si quelqu'un était partisan ou membre d'un des organismes dont le nom figure sur la liste, on peut supposer que cette personne serait frappée d'une interdiction de territoire aux termes des dispositions de la loi qui concernent la sécurité.

Le fait est que bon nombre de questions d'exécution de la loi sont particulièrement pertinentes, vu la nature du projet de loi C-36. Nous serions donc heureux de vous faire part de nos vues sur la question. Cette information pourrait vous être utile.

Vous allez peut-être demander qu'on vous soumette le règlement dont dépend justement une bonne partie de ce projet de loi. Vous voudrez peut-être examiner l'article 94 du projet de loi, qui énumère les éléments qui doivent être abordés dans le rapport déposé par le ministre. Pour moi, il s'agit plutôt de la liste des bons éléments, par opposition à celle qui comporte les mauvais éléments — par exemple, le nombre de mandats délivrés, le nombre de personnes exclues de l'application des dispositions en matière d'interdiction de territoire, et tout ce qui touche l'exécution de la loi. Il faut dire que cette information permettrait à l'organe législatif de bien faire son travail, au lieu que ce soit l'exécutif qui garde toute l'information pour lui.

Ces quelques changements permettraient d'améliorer grandement le projet de loi C-11 et l'harmonie entre ce dernier et le projet de loi C-36, quelle que soit sa forme définitive.

Le sénateur Roche: Merci. C'est bien utile. Monsieur le ministre, la question de ressources a fait l'objet de longues discussions devant ce comité. Je pense qu'il est fort possible que le comité envisage de recommander que le projet de loi soit renvoyé à la Chambre.

J'ai eu l'occasion de regarder brièvement votre lettre du 28 septembre 2001. Elle porte surtout sur les consultations. Vous constaterez qu'au moins un des discours prononcés sur la question à la troisième lecture portait justement là-dessus.

Je ne vous ai pas bien suivi quand vous parliez de la possibilité que le projet de loi C-11 réduise certains pouvoirs à l'égard de l'exécution de la loi. Est-ce que vous ou un de vos fonctionnaires pourrait me dire quels articles précis posent problème à cet égard?

M. Jackson: Dans la Loi actuelle, il est question de «agents de police»; le nouveau projet de loi parle simplement d'«agents».

M. Newark: Je vous renvoie à l'article 27 de la Loi actuelle sur l'immigration et à l'article 44 du projet de loi. Ces dispositions portent sur les interdictions de territoire et ce qui se produit lorsque la police sait qu'une personne fait l'objet d'une telle interdiction. Tout cela découle du cas d'une personne dont la GRC a appris l'existence il y a environ 18 mois. Cette personne faisait

Interpol arrest warrants for him. People wondered how he had been here so long.

There were some issues around that. Based on my days with the Canadian Police Association, I went to look at these sections. I found that in the Immigration Act, peace officers, sworn police officers, and officers, federal immigration officers, had a positive statutory duty to report, if they had information that someone was inadmissible, to the deputy minister for further action in relation to potential deportation.

I was surprised to see that Bill C-11 now refers to "an officer" rather than a "peace officers" or "police officer."

Senator Roche: Who is the officer?

Mr. Newark: I looked in the definition section for "officer." and it is not there. Clause 6 notes that an officer is whoever is appointed by the federal Minister of Immigration. By the way, the previous duty "shall report," is now discretionary.

With respect, I would suggest that in regard to resources, you potentially have taken 50,000 sworn police officers away from the positive duty of starting the process of engaging removal on inadmissible people in this country, which I find hard to fathom as a good idea when we are talking about enhancing enforcement.

Senator Roche: Is it your view that clause 44 should read a "peace officer."

Mr. Newark: Yes, sir.

Senator Roche: Minister, does the Government of Ontario have a policy on the question of the Canada-U.S. border and the need to have easy access for all the economic concerns that are apparent? The question of how to maintain easy access has begun to loom before us, particularly with respect to keeping it safe.

Does the Government of Ontario have a policy on what is called the North American perimeter — a perimeter around North America? Could you enlighten us on the views of your government on how the Canadian government and the United States government could be assured that there is sufficient control on the border that does not result in these backups? Also, would you comment on the position that promoting the idea of a North American perimeter would make Canada and the U.S. more closely allied in our treatment of immigrants?

If that question is not precisely focussed enough for you, I will try it again. What does the Ontario government say about a North American perimeter?

Mr. Jackson: On September 24, 2001, the premier made a strong statement about the need for a North American perimeter.

l'objet de mandats d'arrestation émis par Interpol. Les gens se demandaient comment il avait réussi à échapper à la justice depuis si longtemps au Canada.

Étant donné l'expérience que j'avais acquise à l'époque où je travaillais pour l'Association canadienne des policiers, j'ai décidé d'examiner les articles en question. J'ai découvert que d'après la Loi sur l'immigration, les agents de la paix, les agents de police assermentés et les agents d'immigration fédéraux ont un devoir positif, qui est prévu par la loi, de communiquer au sous-ministre toute information relative à une éventuelle interdiction de territoire pour que ce dernier prenne d'autres mesures en vue de son éventuelle déportation.

J'ai été surpris de constater qu'il est maintenant question d'«agents» dans le projet de loi C-11, plutôt que d'«agents de la paix» ou d'«agents de police».

Le sénateur Roche: Alors de quels agents s'agit-il?

M. Newark: J'ai cherché le terme «agent» dans la section des définitions mais il n'y est pas. L'article 6 porte que les agents peuvent être toute personne chargée de l'application de la loi par le ministre fédéral de l'Immigration. Je vous signale en passant qu'à la différence du texte précédent, l'obligation de faire rapport qui existait autrefois disparaît; désormais le ministre jouit d'un pouvoir discrétionnaire à cet égard.

Sans vouloir vous contredire, il me semble que sur le plan des ressources, retirer de 50 000 agents de police assermentés le devoir positif d'entamer des procédures de renvoi à l'égard de personnes frappées d'interdiction de territoire n'est peut-être pas une très bonne idée si l'on veut améliorer l'exécution de la loi.

Le sénateur Roche: Donc, à votre avis, on devrait employer l'expression «agent de la paix» à l'article 44. C'est bien ça?

M. Newark: Oui, tout à fait.

Le sénateur Roche: Monsieur le ministre, le gouvernement de l'Ontario a-t-il déjà défini sa politique au sujet de la frontière canado-américaine et la nécessité de préserver la libre circulation au profit des économies concernées? À cet égard, nous sommes justement confrontés à un défi: comment conserver la libre circulation entre les deux pays tout en protégeant les populations concernées.

Le gouvernement de l'Ontario a-t-il déjà élaboré une politique sur ce qu'on appelle actuellement le périmètre nord-américain — c'est-à-dire un périmètre délimitant le contour de l'Amérique du Nord? Pourriez-vous nous dire quelles recommandations votre gouvernement ferait aux autorités canadiennes et américaines en vue de garantir des contrôles suffisants à la frontière qui ne donnent pas lieu à des retards? De plus, êtes-vous d'accord pour dire que le fait de cautionner la notion de périmètre nord-américain rapprocherait davantage le Canada et les États-Unis du point de vue du traitement que nous réservons aux immigrants?

Si cette question ne vous semble pas suffisamment précise, je vais vous la reposer. Autrement dit, que pense le gouvernement ontarien de l'idée d'un périmètre nord-américain?

M. Jackson: Le 24 septembre 2001, le premier ministre a fait une déclaration énergique au sujet de la nécessité d'établir un

He did so after he had had discussions with both the American and Canadian ambassadors and discussions with Governor Pataki.

The events of September 11 have clearly in the minds of Canadians indicated that we consider security of both sides of the border a critical issue. Our efforts should not necessarily be harmonized. People are saying that a greater level of security is warranted at this time. Many reports in the media over the last few weeks, as investigations of who was involved in the September 11 events continue, have pointed to foreign nationals being illegally in both our countries. From a continental point of view, people are genuinely supportive of having systems that enforce one other.

I reluctantly give you a terrible example. I come from Burlington, Ontario, where the DeVilliers family is from. Theirs is a terribly tragic story. Jonathan Yeo, who murdered Nina DeVilliers, was caught crossing the border into Buffalo with a loaded gun in his car. The American officials had sufficient information to know who he was. They turned him away from entering the United States. Our immigration officials, who were telephoned with the warning that he was coming back, waved him through.

As someone who carries the burden of public responsibility at a provincial level, I have difficulty sleeping at night knowing that is the kind of system we have to protect our families. I am sorry to be so dramatic, but I come from a community where we have lost too many people this way.

My community is very much aware that we have a different standard and should be cooperating more with the federal jurisdiction. Our government's position is very clear. We support a North American perimeter, as do several other premiers.

Senator Roche: What does a North American perimeter really mean? Is Bill C-11 sufficiently strong to give you the assurance that the control points will be adequate without recourse to something called a "North American perimeter" that no one understands and many people are deeply concerned about with respect to Canadians values?

Mr. Jackson: No, the bill does not do that.

Senator Roche: Bill C-11 is not sufficient?

Mr. Jackson: Bill C-11 will not do that. In my view as a legislator, security legislation that is unclear and cumbersome, as this is, tends to play into the hands of bad people and the people who defend them in our courts.

périmètre nord-américain et ce, après en avoir discuté avec l'ambassadeur des États-Unis au Canada et l'ambassadeur du Canada aux États-Unis, de même qu'avec le gouverneur Pataki.

Les événements du 11 septembre ont vraiment permis aux Canadiens de se rendre compte que la sécurité des deux côtés de la frontière est tout à fait critique. Nous n'avons pas nécessairement besoin d'harmoniser nos activités. Les gens disent qu'un niveau plus élevé de sécurité est maintenant justifié. Ces dernières semaines, les différents organes d'information ont indiqué, alors que les enquêtes relatives aux événements du 11 septembre étaient encore en cours, qu'un certain nombre de ressortissants étrangers vivaient illégalement dans nos deux pays. Donc, dans une perspective continentale, les gens sont généralement d'accord pour mettre en place des systèmes qui s'épaulent mutuellement.

Je vous cite à contre-cœur un exemple atroce. Je suis de Burlington, en Ontario, d'où vient la famille DeVilliers. Leur histoire est tout à fait tragique. Jonathan Yeo, qui a assassiné Nina DeVilliers, a été cueilli alors qu'il essayait de traverser la frontière américaine à Buffalo avec une arme à feu chargée dans sa voiture. Les autorités américaines disposaient de suffisamment d'information sur lui pour savoir qui il était. Elles l'ont empêché d'entrer aux États-Unis. Nos agents d'immigration, qui ont reçu un coup de téléphone pour les prévenir qu'il arrivait, l'ont fait passer sans difficulté.

Comme je porte sur mes épaules le fardeau de mes responsabilités publiques au niveau provincial, j'avoue que j'ai du mal à dormir la nuit en sachant le genre de système que nous avons mis en place pour protéger nos familles. Excusez-moi de vous présenter cela en termes si dramatiques, mais je viens d'une collectivité où nous avons perdu trop de gens de cette façon.

Les gens de ma localité savent très bien que nous appliquons des normes différentes et que nous devrions collaborer davantage avec les autorités fédérales. La position de notre gouvernement est claire: comme plusieurs autres premiers ministres provinciaux, nous sommes en faveur de la création d'un périmètre nord-américain.

Le sénateur Roche: Mais qu'est-ce que cela veut dire au juste? Le projet de loi C-11 est-il rédigé en termes suffisamment énergiques pour vous donner l'assurance que les points de passage frontaliers seront suffisamment bien contrôlés pour éviter de créer ce qu'on appelle un «périmètre nord-américain» qui ne dit rien à personne et suscite plutôt de graves préoccupations chez les gens par rapport au respect des valeurs canadiennes?

M. Jackson: Non, ce projet de loi ne nous donne pas cette assurance.

Le sénateur Roche: Donc, le projet de loi C-11 n'est pas suffisant?

M. Jackson: Disons que le projet de loi C-11 ne débouchera pas sur ce résultat-là. Dans mon optique de législateur, un projet de loi traitant de questions de sécurité est lourd et ambigu, comme celui-ci, fait le jeu des mécréants et de ceux qui les défendent devant les tribunaux.

Mr. Newark: With regard to the Yeo case, I recently attended a violent crime investigators' conference where we saw a dramatization of that incident. The customs officials did not just wave him through, they hid in the booth because he was armed. As you know, our officers are not armed. For their own security, they actually hid in the booth when the vehicle went past.

I agree with the minister with regard to whether Bill C-11 will be adequate to deal with the issues raised. Prior to the events of September 11, it was not a tremendous improvement on what existed before. If anything, September 11 raised the stakes for us in appreciating how precious the liberties we had previously taken for granted are, including what they mean in terms of economic commerce.

The challenge will be how we deal with that at a border to maintain the free flow of goods and people while putting into place different security measures. I do not think it needs to involve compromising sovereignty. It is time to start exercising our sovereignty at our borders.

We were talking earlier about digital imaging technology and using a database to share information. That is the kind of thing that should be in this bill. Someone asked earlier about security concerns. It should be mandatory to use the law we have and take fingerprints.

The bill needs to target the real concerns. It is not surprising that it does not because the bill was drafted long before September 11. The world has changed, and the legislation needs to as well.

Mr. Ryder: Probably the biggest challenge for the OPP following September 11 was how we had to assist at the border crossings. A tremendous amount of resources from the OPP and our municipal partners were allocated to assist immigration and customs at the borders. That is not normally our job. It became apparent how under-resourced they are.

Senator Roche: Was the Government of Ontario invited to testify before the House of Commons committee studying Bill C-11?

Mr. Jackson: I do not believe so. I will check to be sure, but I do not believe we were. I have been the Minister of Citizenship since February, and I do not recall being asked.

Senator Roche: Madam Chair, is that not a remarkable statement? Ontario, which is pivotal to immigration, did not give its view of Bill C-11 before the House of Commons passed it.

M. Newark: En ce qui concerne l'affaire Yeo, j'ai récemment assisté à une conférence à l'intention des enquêteurs qui se spécialisent dans les crimes violents où ils ont présenté une adaptation pour la scène de l'incident en question. En fait, les douaniers ne lui ont pas fait signe de passer; ils se sont cachés dans le gîte parce qu'ils savaient qu'il était armé. Comme vous le savez, nos douaniers ne sont pas armés. Donc, pour se protéger, ils se sont cachés dans le gîte quand le véhicule est passé.

Je suis d'accord avec le ministre sur la question de savoir si le projet de loi C-11 sera suffisant pour régler les problèmes qui ont été soulevés. Avant les événements du 11 septembre, on peut dire que cette mesure ne représentait guère une amélioration par rapport à ce qui existe déjà. En fait, on pourrait même supposer que les événements du 11 septembre ont fait monter les enchères, puisqu'ils nous ont permis de comprendre à quel point les libertés que nous avons tenu pour acquises sont précieuses, y compris du point de vue de leurs conséquences pour le commerce.

Notre défi consistera donc à déterminer ce que nous pouvons faire à la frontière pour maintenir la libre circulation des biens et des gens tout en appliquant des mesures de sécurité différentes. Pour moi, ces mesures n'ont pas besoin de compromettre notre souveraineté. Il est grand temps qu'on commence à protéger notre souveraineté aux frontières.

Nous parlions tout à l'heure de la technologie de l'imagerie numérique et de la possibilité d'utiliser une base de données pour assurer l'échange d'information. Voilà le genre de choses qui devraient être abordées dans ce projet de loi. Quelqu'un a posé une question tout à l'heure au sujet de nos craintes en matière de sécurité. Eh bien, cela devrait être obligatoire d'appliquer les dispositions législatives actuelles et donc de prendre les empreintes digitales.

Il faut que le projet de loi réponde aux problèmes les plus critiques. Nous ne devrions pas être étonnés de constater qu'il ne le fait pas, puisque le projet de loi a été rédigé bien avant le 11 septembre. Le monde a évolué, et il faut que le projet de loi évolue aussi.

M. Ryder: Je dirais que le défi le plus important qu'a à relever la Police provinciale de l'Ontario de puis le 11 septembre est celui de savoir comment apporter notre contribution aux points de passage frontalier. Une bonne partie de l'effectif de la police provinciale de l'Ontario et des forces policières de nos partenaires municipaux a été affectée aux points de passage frontalier pour aider les agents d'immigration et les douaniers. Ce n'est pas le genre de travail que nous faisons normalement. Nous avons tout de suite compris à quel point ils manquent de ressources.

Le sénateur Roche: Est-ce que le gouvernement de l'Ontario a été invité à témoigner devant le comité de la Chambre des communes saisi du projet de loi C-11?

M. Jackson: Non, je ne crois pas. Je vais vérifier pour en être sûr, mais je ne pense pas. Je suis ministre de la Citoyenneté depuis février, et je ne me souviens pas d'avoir été invité à comparaître.

Le sénateur Roche: Madame la présidente, n'êtes-vous pas étonnée d'apprendre cela? L'Ontario, qui joue un rôle primordial dans le secteur de l'immigration, n'a même pas été invité à

The Deputy Chairman: As a proud Ontarian, I agree with that.

[Translation]

Senator Robichaud: The witnesses have said that they asked to appear before our Committee, which agreed to hear them. If the witnesses had asked to appear before the House of Commons Committee, I have no doubt that they would also have been welcome there. While I cannot really confirm this, I would not want people to think that the witnesses were not invited to appear or that we prevented them from giving testimony.

[English]

The Deputy Chairman: Perhaps you are, but we can check.

Senator Romkey: Mr. Jackson, I have heard the term "North American perimeter" a lot. How would you define "North American perimeter"? "Perimeter" suggests encompassing the area. Yet, in addition to protecting the shores, we want to enhance or modify in some way the longest undefended border in the world.

What do you mean by a North American perimeter?

Mr. Jackson: I do not know what is meant by a "North American perimeter." I can give you a better response to what a North American security perimeter is. Minister Manley is currently in discussion with the government in the United States. Ontario is contributing through former RCMP Commissioner Norm Inkster and retired Major General Lewis McKenzie who have been assigned to look at security issues.

We have pledged to give our full support to the federal government in all discussions. We are vitally interested in securing the safety of our province and will work with any level of government that will allow us to do so. The premier has said that he is willing to discuss the concept, but it is a security perimeter rather than a geographical or North American perimeter.

This is currently being discussed at a high policy level between Minister Manley, our government and other provinces. I believe that Alberta, British Columbia and New Brunswick have already indicated their support for exploring the discussions around how to secure the safety of our citizens.

For the record, we did receive a letter from the federal government early in September requesting our feedback on Bill C-11 with a deadline of September 20. Two weeks was not sufficient time for Ontario to present all of its concerns to the federal government. We have on record a series of meetings and dialogues with the federal government but — unfortunately for us

présenter ses vues sur le projet de loi C-11 avant qu'il ne soit adopté par la Chambre des communes.

La vice-présidente: En tant que fière habitante de l'Ontario, je suis d'accord avec vous.

[Français]

Le sénateur Robichaud: Les témoins ont dit qu'ils avaient demandé de comparaître devant notre comité, qui a accepté de les recevoir. Si ces témoins avaient demandé à comparaître devant le comité de la Chambre des communes je ne doute pas qu'ils aient été aussi les bienvenus. Je fais une affirmation gratuite, mais je ne veux pas qu'on croit que les témoins n'ont pas été invités et qu'on les ait empêchés de témoigner.

[Traduction]

La vice-présidente: Très bien, mais nous pouvons toujours vérifier.

Le sénateur Romkey: Monsieur Jackson, depuis un moment, il est beaucoup question ici d'un «périmètre nord-américain». Comment définissez-vous ce terme? Pour moi, le terme «périmètre» laisse supposer qu'on délimite l'ensemble de la zone concernée. Mais en plus de protéger nos littoraux, nous voulons améliorer ou modifier d'une manière ou d'une autre notre façon de contrôler la plus longue frontière non défendue du monde.

Qu'entendez-vous donc par l'expression «périmètre nord-américain»?

M. Jackson: Je ne sais pas ce que signifie ce terme. Par contre, j'aurais moins de mal à vous expliquer le terme «périmètre de sécurité nord-américain». Le ministre Manley participe actuellement à des discussions avec le gouvernement américain. L'Ontario apporte sa contribution par l'entremise de la participation de l'ex-commissaire de la GRC, Norm Inkster et du major-général (retraité) Lewis McKenzie, qui ont été affectés au dossier de la sécurité.

Nous nous sommes engagés, dans le cadre de toutes nos discussions avec les autorités fédérales, à soutenir vigoureusement les efforts de ce dernier. La sécurité de notre province nous intéresse au plus haut point et nous tenons à travailler avec tous les paliers de gouvernement qui souhaitent le faire dans cette optique. Le premier ministre a dit qu'il est prêt à examiner ce concept, mais il s'agirait à ce moment-là d'un périmètre de sécurité, plutôt que d'un périmètre géographique ou nord-américain.

Cette question fait actuellement l'objet de discussions à un haut niveau entre le ministre Manley, notre gouvernement et d'autres provinces. Je crois savoir que l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Nouveau-Brunswick ont déjà indiqué qu'ils sont prêts à participer à des discussions exploratoires sur les moyens de garantir la sécurité de nos citoyens.

Je tiens à dire publiquement que nous avons reçu une lettre du gouvernement fédéral au début septembre qui nous demandait de lui faire part de notre réaction concernant le projet de loi C-11 avant le 20 septembre. Mais un délai de deux semaines n'était pas suffisant pour permettre à l'Ontario de communiquer ses préoccupations aux autorités fédérales. Nous avons tenu plusieurs

— we have not been able to elicit a response to our concerns. So, that is the situation in which we find ourselves.

We have requested a move to a bilateral process, where we can have Memorandums of Understanding so that new Canadians, under whatever terms and conditions they come into our country under the legislation, do not fall between the cracks.

The Deputy Chairman: By the date of that letter, the bill was in the Senate and not in the House of Commons. That would have answered the committee issue.

I thank all of the witnesses for appearing before us today.

Our next witness is Mr. Serge Charette, National President, Customs Excise Union.

Mr. Serge Charette, National President, Customs Excise Union: Thank you. We greatly appreciate this opportunity and we hope you will find our contribution of benefit as you deliberate on Bill C-11.

Annually, 110 million travellers, many of whom are immigrants and refugees, enter our border areas. They are cleared by customs through the travellers' stream. Many try to enter illegally, and some of those are successful. That is not because of the work of our members, but for reasons that I will explain.

Canada has 147 land border crossings, 13 international airports and 15 seaports. Processing at these points is set up in a two-tier system. The first tier is the primary inspection line, PIL. All who seek entry into Canada must come through the PIL. We maintain that the PIL must only be staffed by customs officers. They, and only they, should release individuals or refer those who are questionable or who lack proper documentation, to "secondary" — the second tier. There, travellers are asked more thorough questions and they or their personal belongings may be subject to physical examination. Officers from immigration, the RCMP, and/or CSIS may also staff secondary, but only at specific locations or under specific circumstances.

Between the 175 entry and exit points, jurisdiction falls to the RCMP. Our testimony today will not, nor is it meant to, address the RCMP's jurisdiction.

It is extremely important for us to explain, in respect of Bill C-11, that customs officers on the PIL act as Canada's front line immigration officers. This is the case when we refer individuals to immigration officers in secondary. It is even more

rencontres et dialogué à diverses reprises avec les responsables fédéraux, mais — malheureusement pour nous — nous n'avons pas encore réussi à obtenir quelque réponse que ce soit aux préoccupations que nous avons exprimées. Voilà donc notre situation actuelle.

Nous avons demandé que l'accent soit mis sur un processus bilatéral qui prévoit la signature de protocoles d'entente, pour que les néo-Canadiens, quelles que soient les conditions qui aient à remplir aux termes de la loi dès leur arrivée au Canada, soient bel et bien pris en charge.

La vice-présidente: Au moment où cette lettre a été rédigée, le projet de loi était devant le Sénat, et non la Chambre des communes. Voilà donc qui répond à la question concernant les comités.

Je remercie tous les témoins pour leur présence aujourd'hui.

Je voudrais maintenant souhaiter la bienvenue à notre prochain témoin, M. Serge Charette, président national, Union des Douanes Accise.

M. Serge Charette, président national, Union Douanes Accise: Merci. Nous vous remercions de l'occasion qui nous est donnée cet après-midi de présenter nos vues et nous espérons que notre contribution sera utile dans le cadre de vos délibérations sur le projet de loi C-11.

Chaque année, 110 millions de voyageurs, dont bon nombre sont des immigrants et des réfugiés, traversent nos frontières. Ils passent les douanes en prenant la filière Voyageurs. Nombreux sont ceux qui tentent d'entrer au pays de façon illégale. Quelques-uns d'entre eux réussissent à le faire — non pas à cause du travail de nos membres, mais pour des raisons que je vais vous expliquer.

Le Canada a 147 points d'entrée frontaliers, 13 aéroports internationaux et 15 ports de mer. Le traitement à ces points d'entrée est organisé en fonction d'un système à deux niveaux. Le premier niveau est la ligne d'inspection première que nous appelons la LIP. Tous ceux et celles qui veulent entrer au Canada doivent passer par la LIP. Nous estimons que seuls les agents des douanes doivent être affectés à cette tâche. Ce sont les seuls qui devraient pouvoir laisser entrer des personnes ou renvoyer d'autres voyageurs qui sont suspects ou qui ne possèdent pas les bons documents à la ligne d'inspection «secondaire», soit le second niveau. À ce niveau-là, on pose des questions plus détaillées, et les intéressés ou leurs effets personnels peuvent faire l'objet d'un examen sur place. Des agents d'immigration, de la GRC ou du SCRS peuvent également faire partie du personnel affecté à la ligne d'inspection secondaire, mais seulement à des points d'entrée précis ou des circonstances spéciales.

Entre les 175 points d'entrée et points de sortie, c'est à la GRC que revient la responsabilité d'assurer la sécurité. Notre témoignage aujourd'hui ne portera donc pas — à juste titre — sur la zone de responsabilité de la GRC.

Nous estimons qu'il est très important de vous expliquer ceci par rapport au projet de loi C-11: les agents des douanes travaillant à la LIP jouent le rôle d'agents d'immigration de première ligne. C'est certainement le cas lorsque l'on renvoie des

the case when there are no immigration officers at secondary, such as at remote ports.

I represent 3,500 customs officers across Canada. There are 2,600 officers who work in the travellers' stream. They want me to tell you that border security is an illusion at their workplace. It is a myth; and it does not really exist.

Customs officers at Canadian border points have expressed frustration with their current lack of proper computer equipment, the antiquated state of some equipment, their lack of training, chronic under-staffing and other problems identified in the Auditor General's April 2000 Report. Long before the terrible events of September 11, Auditor General Denis Desautels said that, with more than 110 million travellers each year transiting through the country's border points, the risks to Canada's safety and security were high. In respect of customs officers, Mr. Desautels wrote:

Their main role now is to ... protect Canadians against illegal activities such as smuggling of contraband or the unlawful entry of inadmissible people. ... Our audit raises some concerns about how well these risks are being managed.

Those are concerns that our members have had for many years.

As recently as a few weeks ago, the Canadian Police Association even warned against perpetuating a false sense of security. It called for staff increases at the border and a more serious approach to enforcement. In fact, I believe the previous witness made that statement himself. We loudly echo those sentiments here today.

It is a sad reality that Canada does not have enough customs officers to do the job our members are called upon to perform. At a minimum, Canada needs at least 1,200 more customs officers — an investment of \$60 million — the breakdown and analysis of which is provided to you as an appendix.

The fact is, officers not only fail to receive enough training, but they also do not receive the right training. In his April 2000 report, Auditor General Desautels said of long-term staff that "60 per cent had not received immigration training." Sixty per cent, Madam Chair. I reiterate that customs officers are the acting immigration officers at our country's borders.

Sadly, many customs officers do not have computers, and many have computer hardware and software that are inadequate. This means they do not have access to good and timely enforcement information. On October 15, Mr. Myron Thompson, Alliance MP from Wild Rose, stood in the House of Commons and said that the customs officers in Victoria presently do not have a single computer. They are operating out of a 35-year-old trailer and are

gens aux agents d'immigration à la ligne d'inspection secondaire. C'est d'autant plus le cas lorsqu'il n'y a pas d'agent d'immigration à la ligne d'inspection secondaire, comme c'est le cas pour les bureaux des douanes éloignés.

Je représente 3 500 agents des douanes au Canada. Sur ce nombre, 2 600 sont affectés à la filière voyageurs. Ces membres tiennent à ce que je vous dise que la sécurité à la frontière est une illusion, que c'est un mythe, et qu'elle n'existe pas vraiment.

Les agents des douanes aux points d'entrée frontaliers canadiens sont frustrés devant l'absence d'équipement informatique adéquat, l'état désuet de certains types de matériel, l'absence de formation, le manque permanent de personnel suffisant et d'autres difficultés relevées dans le Rapport du vérificateur général d'avril 2000. Bien avant les terribles événements du 11 septembre, le vérificateur général, Denis Desautels, avait dit qu'étant donné que 110 millions de voyageurs par année entrent au pays et en sortent aux points d'entrée frontaliers, les risques en matière de sécurité étaient élevés. En parlant des agents des douanes, M. Desautels a dit ceci:

Leur rôle principal maintenant est de [...] protéger les Canadiennes et les Canadiens contre les activités illicites, telles que la contrebande ou l'entrée illégale de personnes inadmissibles [...] Notre vérification soulève des préoccupations quant à la façon dont ces risques sont actuellement gérés.

Voilà des années que nos membres ont ces mêmes préoccupations.

Il y a à peine quelques semaines, l'Association canadienne des policiers a déconseillé de perpétuer l'idée fausse que le Canada est sécuritaire. L'Association a demandé qu'il y ait plus de personnel à la frontière et que l'exécution de la loi soit prise plus au sérieux. Aujourd'hui, nous nous faisons avec vigueur l'écho de ces sentiments.

Il est malheureux de dire que le Canada ne possède pas assez d'agents des douanes pour faire le travail qu'on attend de nos membres. Le Canada a besoin d'au moins 1 200 agents des douanes supplémentaires, ce qui représente un investissement de 60 millions de dollars. La ventilation et l'analyse des dépenses concernées vous sont présentées en annexe.

Le fait est que les agents non seulement ne bénéficient pas de suffisamment de formation, mais ne reçoivent pas la bonne formation. Dans son rapport d'avril 2000, le vérificateur général Desautels disait, en parlant du personnel à long terme, que 60 p. 100 n'avaient pas reçu de formation en matière d'immigration. Soixante pour cent, madame la présidente. Je répète que les agents des douanes agissent à titre d'agents d'immigration aux frontières canadiennes.

C'est triste à dire, mais malheureusement bon nombre d'agents des douanes n'ont pas d'ordinateur, et nombreux sont ceux qui ont du matériel et des logiciels informatiques inadéquats. Cela veut dire qu'ils n'ont pas accès à des informations fiables et récentes pour faciliter l'exécution de la loi. Le 15 octobre, M. Myron Thompson, député de l'Alliance de Wild Rose, s'est levé à la Chambre des communes pour déclarer que les agents des douanes

still using lists on 30-year-old clipboards. Clip boards! More than 1 million travellers pass through Victoria annually.

Senators, 45 per cent of all land border crossings are electronically isolated. This means they do not have direct access to either customs or other databases. What is the impact? Enforcement efficiency depends on the ability of officers to recall information that appears on one paper list after another. For example, isolated offices receive twice a week several pages of licence plate numbers that customs officers must be on the look-out for.

At the ports equipped with licence plate readers and a network hook-up, only 70 per cent of the machine reads are accurate. It is a situation that is made far worse during the winter when plates are obscured by snow.

The Integrated Customs Enforcement System, ICES, contains data on persons and vehicles with a record of customs, immigration and Criminal Code violations. It also contains look-outs generated by customs, immigration, RCMP and CSIS. However, these look-outs are not updated on a continuous basis. They often contain information that is three to four months old.

Access to the Canadian Police Information Centre, CPIC, does not exist anywhere in Canada on the PIL. Travellers must be referred to secondary before a criminal background check can be carried out or authenticity of identity can be established.

Customs officers do not have the right tools to do their job. Every law enforcement officer along the Canada-U.S. border, including the RCMP, U.S. Customs, U.S. Immigration and Naturalization Service, and the U.S. Border Patrol, is equipped with a firearm. Yet, more and more of our members are expected to intercept felons, murderers, terrorists, rapists, child abductors, thieves, drunk drivers, et cetera. While customs officers could not do most of this prior to the passage of Bill C-18 in May 1998, our government now expects them to do so with a baton and pepper spray — a far cry from a firearm.

Madam Chair, would you or any member of the committee ask an RCMP officer patrolling our border not to carry a firearm? Would any of you do the job of a customs officer under similar conditions?

à Victoria n'ont pas un seul ordinateur. Ils font leur travail dans une remorque veille de 35 ans et utilisent des listes attachées à des planchettes à pince qui, elles, sont vieilles de 30 ans. Des planchettes à pince, madame la présidente! Plus d'un million de voyageurs passent la douane à Victoria chaque année.

Honorables sénateurs, 45 p. 100 des points d'entrée frontaliers sont isolés du point de vue de l'électronique, ce qui veut dire que les agents des douanes n'ont pas un accès direct à la base de données des Douanes, ni à d'autres bases de données. Quelles en sont les répercussions? Eh bien, l'efficacité de nos opérations de contrôle dépend de la capacité des agents de se souvenir de l'information qui figure sur de nombreuses listes sur papier. Par exemple, les bureaux éloignés reçoivent environ deux fois par semaine plusieurs pages de numéros de plaques d'immatriculation que les agents des douanes doivent essayer de repérer éventuellement.

Aux bureaux des douanes équipés de lecteurs de plaques d'immatriculation et branchés sur notre réseau, seulement 70 p. 100 des vérifications faites par la machine sont exactes. Il va sans dire que la situation devient encore plus difficile en hiver, lorsque les plaques sont recouvertes de neige.

Le Système intégré d'exécution des douanes (le SIED) contient de l'information sur des particuliers et des véhicules qui ont à leur compte des dossiers de violation de la loi relativement aux douanes, à l'immigration, et au Code criminel. Ce système comprend également des avis de signalement générés par les Douanes, par le Service d'immigration, la GRC et le SCRS. Mais malheureusement, ces avis ne sont pas mis à jour de façon continue: ainsi ils contiennent souvent de l'information qui remonte à trois ou quatre mois.

L'accès au Centre d'information de la police canadienne (le CIPC) n'est disponible nulle part au Canada pour ceux qui sont affectés à la LIP. Les voyageurs doivent donc être renvoyés à la ligne d'inspection secondaire avant qu'une vérification du casier judiciaire puisse être effectuée ou que l'on puisse établir et vérifier leur identité.

Les agents des douanes n'ont pas les bons outils pour effectuer leur travail. Tous les agents d'exécution de la loi travaillant le long de la frontière canado-américaine (y compris la GRC, les douaniers américains, l'INS aux États-Unis et la patrouille frontalière américaine) portent des armes. Pourtant, nos membres sont de plus en plus nombreux à devoir arrêter au passage des criminels, des meurtriers, des terroristes, des violeurs, des ravisseurs d'enfants, des voleurs, des conducteurs en état d'ébriété, et cetera. Même si les agents des douanes ne pouvaient presque rien faire auparavant dans de telles situations — et ce avant l'adoption du projet de loi C-18 en mai 1998 — le gouvernement actuel s'attend maintenant à ce qu'ils interviennent en utilisant une matraque et du gaz poivré, soit des outils qui sont loin d'être l'équivalent d'une arme à feu.

Madame la présidente, vous ou les membres du comité vous attendriez-vous à ce qu'un agent de la GRC qui patrouille le long de la frontière ne soit pas armé? Est-ce qu'il y en a parmi vous qui voudraient remplir les fonctions de l'agent des douanes dans des conditions semblables?

Moreover, the low number of flexible response teams and dog handlers limits the use of weapons and contraband detection tools and detailed vehicular searches. Dog handlers, for example, are rarely called out due to costs. Similarly, large ports can only have one or two dog handlers. Again, that is due to costs.

During the summer months, one-half of our 2,600 members working in the travellers' stream are replaced by students, most of whom are in their late teens or early twenties. They receive two weeks of training; long-term staff receive about 12 weeks of training. The Auditor General further stated, "because students lack experience but make critical decisions at PIL, we are concerned that reduced training time could pose an unnecessary risk for Customs."

Customs officers apply more than 70 different pieces of legislation and regulations for other agencies and departments. Do you not wonder, like us, what training students might receive to deal with immigration matters, when they also have everything else to learn in that short time? With 60 per cent of long-term officers not trained in immigration and with one-half of the remaining 40 per cent of officers replaced by students, only 20 per cent — at best — are trained to deal with immigration matters during the months of July and August. That is one in five.

There are 2,600 customs officers in the travellers' stream, and we will provide you with a breakdown of the figures on a chart. I will not bother to repeat the same information.

It is no wonder immigration officers question the quality of referrals from the PIL. It is no wonder that an EKOS study commissioned by immigration, reported in 1991 that each week an average of 12,500 referrals from PIL to secondary were missed during a four-week study — the month of August.

On any day, customs will process more than 40,000 commercial transactions and 300,000 travellers, many of whom are immigrants and refugees. Management tells us that volumes are expected to increase and we have been told that the plan is to keep resources static.

How will this be possible? The Minister of Revenue and management of customs say that technology is the answer. The plan is to automate in order to expedite the border, all at a time when Americans acknowledge the value of human interaction and intelligence over increased reliance on technology. Technology is great when called upon to check a tax return. It is no match for any customs officer when it comes to detecting a bead of perspiration, failure to maintain eye contact or many other signs of

En outre, le faible nombre d'équipes d'intervention mobiles et de maîtres-chiens limite l'utilisation d'armes et d'outils détecteurs de contrebande, de même que les fouilles exhaustives de véhicules. Par exemple, les maîtres-chiens sont rarement appelés à intervenir à cause du coût de ce genre de services. Pour les mêmes raisons, les grands bureaux de douane ne peuvent avoir qu'un ou deux chiens. Encore une fois, c'est une question de coûts.

Pendant les mois d'été, la moitié de nos 2 600 membres affectés à la Filière Voyageurs sont remplacés par des étudiants, dont la plupart ont une vingtaine d'années. Ces derniers bénéficient de deux semaines de formation, alors que le personnel engagé à plus long terme reçoit 12 semaines de formation. Je me permets de citer encore les propos du vérificateur général: «Comme les étudiants ont peu ou pas d'expérience, mais doivent prendre des décisions importantes à la LIP, nous craignons que cette formation réduite ne puisse poser un risque indu pour les Douanes».

Les agents des douanes sont appelés à contrôler l'application de plus de 70 lois et règlements au nom de différents organismes et ministères fédéraux. Est-ce que vous ne vous interrogez pas — comme nous — sur le genre de formation que reçoivent les étudiants sur les questions d'immigration étant donné qu'ils doivent assimiler toute la matière du cours en si peu de temps? Puisque 60 p. 100 des agents des douanes engagés à long terme ne sont pas formés pour traiter des questions d'immigration, et la moitié des 40 p. 100 restants des agents sont remplacés par des étudiants, cela veut dire que seulement 20 p. 100 de ceux qui travaillent pendant les mois de juillet et août — au grand maximum — ont reçu une formation adéquate pour traiter convenablement les questions d'immigration. C'est effectivement un agent sur cinq.

Deux mille six cents agents des douanes sont affectés à la filière voyageurs, et nous avons une ventilation des chiffres sur un tableau qu'on vous fournira. Je ne vais donc pas prendre le temps de répéter cette information.

Il n'est donc guère surprenant que les agents d'immigration remettent en question la qualité des renvois de la LIP. Il n'est pas non plus surprenant qu'une étude d'EKOS commandée par Citoyenneté et Immigration ait indiqué, en 1991, que chaque semaine, en moyenne 12 000 renvois de la LIP à la ligne d'inspection secondaire n'avaient pas été pris en charge, et ce, au cours d'une période de quatre semaines — au mois d'août.

Chaque jour, les Douanes traitent en moyenne plus de 40 000 transactions commerciales et 300 000 voyageurs, dont un bon nombre d'immigrants et de réfugiés. La direction nous dit que les volumes devraient augmenter mais qu'il est prévu que les ressources demeurent au même niveau.

Comment est-ce possible? Le ministre du Revenu et la direction du Service des douanes prétendent que c'est les technologies qui vont permettre de régler le problème. Ainsi il est prévu qu'on informatise les opérations afin d'accélérer les délais de traitement à la frontière — tout cela à une époque où les Américains ont compris que l'interaction humaine et l'accès à des renseignements exacts et fiables sont plus importants que d'avoir des technologies très avancées. Il est certain que les technologies sont fort utiles

deceit. We agree that technology and automation are great tools, but they cannot be used to replace people when detecting deceit is the goal. The answer is having more qualified officers trained in the use of the latest technological tools.

The American government is responding to the September 11 events by investing almost \$1 billion Canadian, or \$609 million U.S., along our border, half of which will go to triple the number of enforcement officers they have from 1,773 to 5,319, an increase of 3,546. The rest of the money will be used for new equipment like night vision goggles and motion detection sensors.

Our government believes that \$15 million Canadian, or \$9.5 million U.S., will do the same thing. One hundred and thirty customs officers and a bit of equipment will not increase security at our border. Such a response is an understatement beyond comprehension.

To be unequivocally clear, customs needs more staff. We need 1,200 officers. We need the right staff — not students. We need more and better training, in particular in immigration. We need the right equipment to access current information, including computers and good databases. Like other officers of the peace we need the right tools — firearms. We need adequate facilities — holding cells. That is how we will improve customs, not by replacing people with technology.

When an American senator holds up an orange rubber traffic cone at an U.S. congressional committee hearing and says that this is the U.S. answer to border security with Canada in some locations, and we know that we do the same thing on our side, we know things have to change. The time has never been more right. An orange cone is not security. You cannot have a secure border unless your entire border is secure.

In conclusion, we support going back to a proposal made some years ago that would have seen customs, immigration and other enforcement groups regrouped in a single agency or department. Customs has a dual and opposing mandate — security versus facilitation. The current imbalance in favour of facilitation needs to be reviewed in an environment that is oriented towards enforcement. That does not mean facilitation must be ignored; it

quand il s'agit de vérifier une déclaration d'impôt, mais elles ne peuvent remplacer l'agent des douanes quand il s'agit de détecter une goutte de transpiration, un regard fuyant ou d'autres signes de tromperie. La technologie et l'automatisation sont d'excellents outils, nous en convenons. Mais ces dernières ne peuvent se substituer aux agents quand l'objectif consiste à détecter la supercherie. Disposer de plus d'agents qualifiés et bien formés qui soient à même d'utiliser les outils technologiques de pointe, voilà la solution.

Le gouvernement américain réagit aux événements du 11 septembre en investissant presque 1 milliard de dollars canadiens, soit 609 millions de dollars US, pour améliorer la sécurité le long de notre frontière; la moitié de cette somme servira à tripler le nombre d'agents frontaliers, qui passera de 1 773 à 5 319, soit une augmentation de 3 546 agents. Les autres crédits permettront d'acheter de nouveaux équipements, comme des lunettes de vision nocturne et des détecteurs de mouvement dynamiques.

Notre gouvernement est d'avis qu'un investissement de 15 millions de dollars canadiens, soit 9,5 millions de dollars US, débouchera sur le même résultat. Mais 130 agents de plus et un peu d'équipement ne permettront pas de renforcer la sécurité à la frontière. Une telle réponse à la situation actuelle correspond à une grossière sous-estimation des besoins actuels.

Permettez-moi d'insister sur un élément par-dessus toute autre chose, pour que ce soit bien clair: les Douanes ont besoin de plus de personnel. Il nous faut 1 200 agents de plus. Mais nous avons besoin de personnel approprié — c'est-à-dire pas des étudiants. Nous avons besoin de plus de formation et de formation plus complète, notamment sur les questions d'immigration. De même, il nous faut de bons équipements pour être en mesure d'accéder à l'information la plus récente, y compris des ordinateurs et de bonnes bases de données. Comme d'autres agents de la paix, nous avons besoin de bons outils — c'est-à-dire d'armes à feu. Nous avons aussi besoin d'installations convenables — par exemple, des cellules de détention provisoire. C'est ainsi que nous améliorerons les contrôles effectués par les agents des douanes, et non en remplaçant les agents par les technologies de pointe.

Lorsqu'un sénateur américain brandit une balise routière orange dans le cadre d'audiences tenues par un comité du Congrès américain, et dit que c'est avec ça que les autorités américaines essaient de régler leurs problèmes de sécurité à la frontière canado-américaine, du moins à certains points d'entrée, et que nous savons pertinemment que les autorités canadiennes font de même, il est clair que le moment est venu de changer les choses. D'ailleurs, il n'y a jamais eu de meilleur moment. Une balise orange, ce n'est pas de la sécurité. Pour être sécuritaire, il faut que la frontière au complet soit bien protégée.

En conclusion, nous sommes en faveur d'un projet de regroupement du personnel des Douanes, de l'Immigration et d'autres groupes chargés d'exécuter la loi au sein d'un même organisme ou ministère, proposition qui remonte à plusieurs années. Les Douanes ont un mandat double et parfois contradictoire: la sécurité par opposition à la facilitation. Le déséquilibre actuel en faveur de la facilitation doit être réexaminé

simply means that it needs to be done without compromising security.

Of course, proper interdiction would require a greater number of customs officers or things would slow down. The choice is clear. Canadians want and deserve greater security. Business wants and needs more facilitation. Both groups will be satisfied with more officers. The time has come for change. We must invest wisely.

The Deputy Chairman: Thank you very much, Mr. Charette, for that very good presentation.

Senator Morin: Would the answer be to decrease the number of entry points and make them more efficient?

Do I understand correctly that you do not think that the figures given by Minister Cauchon recently for increases in resources are sufficient?

Mr. Charette: We do not think they are sufficient. We need about 10 times as much as has been provided for. We have provided you with a breakdown in an appendix that shows why we believe that.

Senator Morin: Are you referring to the recent increases announced by Mr. Cauchon?

Mr. Charette: Yes. He announced an increase of \$9 million, which I am told translates roughly into 130 new customs officers. However, in a briefing last week, I was told that most of those resources would go to airports, that a few would go to sea ports, and perhaps two or three to postal facilities. Therefore, this will have absolutely no impact on the border per se.

The resources are primarily for airports and are basically to massage passenger manifests that will be provided to Revenue Canada. They are not provided at this time, however with the passage of other pending legislation, they will be provided. The vast majority of those 130 people will be hired for the purpose of analyzing that information.

Senator Morin: There has been some talk of having one set of border personnel at the border with a facility shared by the U.S. and Canada. What are your views on that?

Mr. Charette: We already have some shared facilities and that works very well. They are small facilities where one officer was working alone. Having the officer from the U.S. and the officer from Canada working together has provided our officers with an increased sense of security — mainly because the American customs inspectors are armed while ours are not. We like that idea, but that only works in small locations. Once a certain size is reached, it is no longer feasible because one facility would have to handle the traffic on both the Canadian and the American side. We

dans le contexte actuel, où l'on met davantage l'accent sur l'exécution de la loi. Cela ne veut pas dire qu'il faut laisser de côté la facilitation; il s'agit simplement de remplir ce rôle sans compromettre la sécurité.

Évidemment, l'interception indiquée nécessiterait un plus grand nombre d'agents des douanes, sinon, il en résulterait des retards. Le choix est évident: la population canadienne désire et mérite une plus grande sécurité. Les entreprises désirent plus de facilitation et elles en ont besoin. Augmenter l'effectif des agents des douanes est la seule solution qui puisse satisfaire les deux groupes. Le temps est venu d'opérer des changements; nous devons faire des investissements judicieux.

La vice-présidente: Merci beaucoup, monsieur Charette, pour votre excellent exposé.

Le sénateur Morin: Est-ce que la solution consiste à diminuer le nombre de points d'entrée au Canada et d'accroître l'efficacité de leurs opérations?

Ai-je bien compris que d'après vous, l'augmentation des ressources annoncée récemment par le ministre Cauchon n'est pas suffisante?

M. Charette: À notre avis, non. Il nous faut 10 fois plus de ressources que ce qui est prévu. Nous vous avons d'ailleurs fourni une ventilation dans notre annexe qui explique notre analyse de la situation.

Le sénateur Morin: Faites-vous allusion à l'augmentation récemment annoncée par le ministre Cauchon?

M. Charette: Oui. Il a annoncé une augmentation de 9 millions de dollars qui correspond, d'après ce qu'on m'a dit, à 130 agents des douanes additionnels. Mais à la séance d'information à laquelle j'ai assisté la semaine dernière, on m'a dit que la plupart de ces ressources seraient affectées aux aéroports, qu'une partie serait affectée aux ports de mer, et que 2 ou 3 millions de dollars seraient affectés aux installations postales. Donc, cette augmentation n'aura pour ainsi dire aucun effet sur les opérations à la frontière.

Les ressources prévues seront surtout affectées aux aéroports, et ce pour examiner les manifestes de passagers fournis à Revenue Canada. Ils ne sont pas fournis à l'heure actuelle, mais après l'adoption de certains projets de loi qui sont en cours d'étude, ils le seront. La grande majorité de ces 130 personnes qui seront recrutées auront pour tâche d'analyser cette information-là.

Le sénateur Morin: Il a été question d'avoir une seule équipe de douaniers à la frontière dans des installations qui seraient partagées par les États-Unis et le Canada. Qu'en pensez-vous?

M. Charette: Nous avons déjà un certain nombre d'installations partagées et ce système donne de très bons résultats. Ce sont de petits bureaux où un agent travaille seul. Le fait de faire collaborer l'agent américain et l'agent canadien permet aux douaniers de se sentir plus en sécurité — notamment parce que les inspecteurs américains sont armés, alors que les nôtres ne le sont pas. Nous sommes favorables à cette idée-là, mais cela ne peut être envisagé que dans les petits bureaux. Du moment qu'on dépasse un certain volume, ce n'est plus possible, parce qu'un

would need a much larger facility to house hundreds of people at one time.

The Deputy Chairman: Did you answer Senator Morin's first question about having fewer border crossings? Is that economically feasible?

Mr. Charette: That was done during the 1990s. At that time, quite a few border locations were closed down. At that time, people contacted their MPs to complain that they had to travel further to get to a border crossing. It made things difficult for travellers.

In Ontario, we could not do that because of the Great Lakes and the fact that we must cross the border via bridges. That would require massive numbers of people at one location. Fewer locations may be better as long as it does not inconvenience the Canadian public. We have been told that the number has been decreased as much as it could be without inconveniencing the travelling public.

The Deputy Chairman: It would seem to fly in the face of the free movement of goods and services.

Senator Cook: Mr. Charette, I am trying to bring this to its simplest form so that I may understand it better. If I arrive on a flight from outside the country and I am in a line-up at the airport, is the first person I meet the customs officer?

Mr. Charette: Yes, that is correct.

Senator Morin: It will be in the PIL.

Senator Cook: Under whose jurisdiction is the form that I fill out?

Mr. Charette: The form that you filled out?

Senator Cook: The form that asks if you are a Canadian citizen; have you visited a farm; and will you be visiting a farm? Does that form belong to Customs or to Immigration?

Mr. Charette: It belongs to several areas of jurisdiction. The questions on the form are asked on behalf of a number of other departments and agencies. If you have visited a farm, we ask that on behalf of Agriculture Canada. If you bought anything, we want to know that ourselves.

Senator Cook: You would expedite the necessary information to those who need it.

Mr. Charette: Yes. If we detect anything that is questionable, then we would refer the person to secondary for immigration purposes, for example.

Senator Cook: You say you are not cross-trained with immigration officials. Do you have a copy of their protocols? At

même bureau aurait à traiter le trafic des deux côtés de la frontière canado-américaine. Il faudrait donc des locaux beaucoup plus grands pour abriter des centaines de personnes.

La vice-présidente: Avez-vous répondu à la première question du sénateur Morin concernant la possibilité qu'il y ait moins de points de passage frontaliers? Du point de vue économique, est-ce une solution qu'on peut envisager?

M. Charette: Cela a déjà été fait pendant les années 90. À l'époque, plusieurs points d'entrée frontaliers ont été fermés. Mais les gens se sont plaints à leurs députés du fait d'avoir à aller plus loin pour arriver à un poste frontalier. Cela compliquait la vie aux voyageurs.

En Ontario, il n'a pas été possible à cause des Grands Lacs et du fait que les gens se servent des ponts pour traverser la frontière. Il aurait fallu disposer d'un effectif massif à un seul point d'entrée. Ce serait peut-être mieux de réduire le nombre de points de passage frontaliers, à condition que cela ne gêne pas la population canadienne. On nous a dit que le nombre de postes a déjà été tellement réduit qu'il ne serait plus possible de le réduire encore sans perturber le public voyageur.

La vice-présidente: Et ça semblerait tout à fait contraire au principe de la libre circulation des biens et services.

Le sénateur Cook: Monsieur Charette, j'essaie de réduire tout cela à sa forme la plus simple pour être plus à même de comprendre. Si j'arrive sur un vol étranger et que je fais la queue à l'aéroport en arrivant, est-ce que je suis d'abord accueillie par un agent des douanes?

M. Charette: Oui, c'est exact.

Le sénateur Morin: Autrement dit, à la LIP.

Le sénateur Cook: Et qui se charge des formulaires que je remplis?

M. Charette: Les formulaires que vous remplissez?

Le sénateur Cook: Oui, le formulaire qui demande aux voyageurs d'indiquer s'ils sont citoyens canadiens, s'ils ont visité une ferme ou comptent le faire au Canada, et cetera. Qui a la responsabilité de ce formulaire, les Douanes ou le Service d'immigration?

M. Charette: C'est-à-dire qu'il relève de la responsabilité de plusieurs autorités. Les questions qui se trouvent sur le formulaire sont posées aux voyageurs au nom de plusieurs organismes et ministères. Par exemple, la question concernant la visite d'une ferme; nous posons cette question au nom d'Agriculture Canada. Mais si vous avez acheté quelque chose, c'est nous qui voulons le savoir.

Le sénateur Cook: Et vous envoyez ensuite les renseignements pertinents à qui de droit.

M. Charette: Oui. Si nous apprenons quelque chose qui nous semble suspect, nous allons tout de suite renvoyer l'intéressé à la ligne secondaire pour faire l'objet d'un contrôle par le Service de l'immigration, par exemple.

Le sénateur Cook: Vous dites que vous ne bénéficiez pas d'une formation polyvalente avec des agents d'immigration.

what point would I trigger a response to which you would send me to an immigration officer?

Mr. Charette: It varies from individual to individual according to the responses to questions we ask. For example, with regard to your country of origin, we will if you are a Canadian. If you say no to that question, we will proceed further and ask where you are from. Then, we will look at your passport. Refugees, who usually arrive at border points without a passport or identification papers because they were lost or stolen, are automatically referred to immigration. We also have lookouts. If we receive information that a certain individual needs to be sent to immigration, we will react to that as well.

Senator Cook: Would you advocate a multidisciplinary team of people at that point of entry? Could you roll the job descriptions into one, so that there would be one person who would have the professionalism to move people through the system, rather than have a customs officer, an immigration officer and a police officer? Would that help the process?

Mr. Charette: That is the way it is set up now, basically. Customs inspectors do the preliminary work for 70 different pieces of legislation. We do it for immigration, the Atomic Energy Board of Canada, Agriculture Canada, Fisheries and Oceans and for many other departments. If we find meat, for example, then we will refer you to Agriculture Canada; if you are sick, we will refer you to Immigration or, if you are a Canadian resident, to Health Canada.

It depends on what we see and what is there before the customs inspector. There can be many possible reactions. You only have about 30 seconds to make the final decision.

Senator Cook: That is what I am trying to equate. That being said, why would you not be cross-trained or be familiar with the responsibilities of others? Is there any way that we could add a different protocol at our borders?

Mr. Charette: In theory, all of our customs inspectors need that training, and they should have it. The problem during the 1990s became a question of staffing. It reached the point where the staffing matched so precisely the need for people to be on the line working that we could no longer afford to send them for training. That is why we say, in our appendix, that we suffer from chronic under-staffing and that we need an additional 15 per cent, just to ensure that there are replacements available so that people can take training to acquire the skills and knowledge that you talk about in respect of other agencies and departments.

Avez-vous une copie de leurs protocoles? En fonction de quoi ma réponse pourrait vous inciter à me renvoyer à un agent d'immigration?

M. Charette: Ça varie selon l'agent, et selon les réponses qu'on nous donne aux questions posées. Par exemple, en ce qui concerne le pays d'origine, nous réagirons d'une certaine manière si vous êtes Canadien. Mais si vous répondez non à cette question-là, nous allons continuer notre interrogation en vous demandant d'où vous venez. Ensuite, nous regarderons votre passeport. Les réfugiés, qui arrivent souvent aux points d'entrée sans passeport ni papiers parce que leur documentation a été perdue ou volée, sont automatiquement renvoyés au Service d'immigration. Nous recevons également des avis de signalement. Si nous apprenons que telle personne doit être renvoyée au Service d'immigration, nous tenons évidemment compte de cette information-là également.

Le sénateur Cook: Seriez-vous en faveur de la création d'équipes multidisciplinaires à tous les points d'entrée? Serait-il possible de fusionner les descriptions de tâches pour qu'une seule personne ait toutes les compétences et qualifications voulues pour traiter tous les voyageurs qui entrent au Canada, sans qu'on soit obligé de recourir aux services d'un douanier, d'un agent d'immigration et d'un agent de police? À votre avis, est-ce que ce serait utile?

M. Charette: Le système est déjà structuré ainsi, essentiellement. Les agents des douanes effectuent le travail de contrôle préliminaire relativement à 70 lois différentes. Nous faisons cela au nom du Service d'immigration, de la Commission de l'énergie atomique, d'Agriculture Canada, de Pêches et Océans et de bon nombre d'autres ministères. Si nous trouvons de la viande, par exemple, nous allons vous renvoyer au responsable d'Agriculture Canada; si vous êtes malade, nous vous enverrons au Service d'immigration ou, si vous êtes résident canadien, à Santé Canada.

Tout dépend de ce qu'observe et de ce que voit l'agent des douanes. Il y a plusieurs réactions possibles. Vous ne disposez que d'environ 30 secondes pour prendre votre décision finale.

Le sénateur Cook: C'est ça que j'essaie de comprendre. Vu cette réalité, pourquoi ne bénéficiez-vous pas de formation multidisciplinaire, de façon à connaître les responsabilités des autres intervenants du système? Serait-il possible d'appliquer un protocole différent à la frontière?

M. Charette: En théorie, tous les douaniers ont besoin de ce type de formation, et ils devraient y avoir accès. Pendant les années 90, le problème qui s'est posé était un problème de main-d'oeuvre. À un moment donné, le nombre d'agents en poste coïncidait parfaitement avec le nombre d'agents qu'il fallait affecter à la ligne, si bien que nous ne pouvions plus nous permettre de les envoyer à la formation. C'est pour cela que nous indiquons dans notre annexe que nous connaissons depuis toujours un problème de manque de personnel et qu'il faut accroître l'effectif de 15 p. 100, ne serait-ce que pour être en mesure de remplacer les personnes qui doivent être formées pour acquérir les compétences et les connaissances relatives aux responsabilités des autres organismes et ministères dont vous parliez tout à l'heure.

Senator Cook: At the minimum, would you not need the protocol or the job description of the immigration officer?

Mr. Charette: Not completely. We perform only a portion of their duties as the first line of contact. Through our questioning, we determine that this particular individual needs to be referred to Immigration, and then we refer them. However, we need the training that will allow our people to more easily and quickly detect whether an individual needs to be referred to Immigration. That is what we are lacking right now. The EKOS report pointed that out in the early 1990s when we missed 50,000 during a one-month period.

The Deputy Chairman: Senators, I ask that you please keep your questions short. Thank you.

Senator Roche: Mr. Charette, you made it clear that the border control system is not working very well. Have you come to make a plea — legitimately so — for more resources, which has been a subject of great concern in this committee? Do you have any feeling about Bill C-11 itself with respect to its ability to respond to your concern? Do you like Bill C-11, or do you want anything changed in the bill?

Mr. Charette: The content of Bill C-11 is not a major concern for our members because we will apply the legislation the way it is provided to us and in the way that we are trained to apply it. However, we see a great need for our members, in particular in light of the modifications proposed by this bill, to be properly trained so that they can apply the legislation as required. There is a particular need for the students who only get two weeks of training. We are concerned that that is the case.

We have a service MOU with all other agencies and departments whom we represent. The MOUs are worded in such a way that indicates that only customs inspectors or customs officers will be performing those responsibilities. Nowhere is it stated in any of those MOUs that students with two weeks of training may replace customs officers. We are concerned about that.

Senator Roche: You mentioned the American senator who held up the orange pylon. I suppose we all saw that on television. Does that really happen? At these remote border control points, when 10:00 p.m. comes and everyone goes home, do they put an orange pylon in the middle of the road? What is to stop anyone from driving around the cone and entering either country? What is to stop that?

Le sénateur Cook: Ne faudrait-il pas au moins prévoir le même protocole ou description de tâche pour les douaniers et les agents d'immigration?

M. Charette: Non, pas tout à fait. Nous exécutons seulement une partie de leurs tâches à titre de premier point de contact avec les voyageurs. En posant des questions, nous arrivons à déterminer que telle personne doit être renvoyée au Service d'immigration, et c'est ça qu'on fait. En même temps, il nous faut recevoir une formation adéquate pour que les agents puissent déterminer plus facilement et plus rapidement quelles personnes doivent être adressées au Service d'immigration. Voilà ce qui manque actuellement. L'étude d'EKOS indiquait qu'au début des années 90, nous n'avions pas réussi à détecter 50 000 cas de ce genre au cours d'une période d'un mois.

La vice-présidente: Sénateurs, je vous demande de poser des brèves questions, dans la mesure du possible. Merci.

Le sénateur Roche: Monsieur Charette, vous avez clairement indiqué que le système de contrôle frontalier ne marche pas très bien à l'heure actuelle. Vous vous présentez devant le comité aujourd'hui pour demander — à juste titre — qu'on vous fournisse de plus amples ressources, votre manque de ressources étant une question qui suscite énormément de préoccupations au sein du comité. À votre avis, le projet de loi C-11 présente-t-il des avantages du point de vue de sa capacité de répondre à vos préoccupations? Êtes-vous en faveur du projet de loi C-11, ou souhaitez-vous qu'on y apporte certains changements?

M. Charette: Le contenu du projet de loi C-11 n'est pas vraiment un sujet de préoccupation pour nos membres, puisque nous exécutons les dispositions de la loi telles qu'elles existent et en fonction des instructions que nous recevons à cet égard. Par contre, il nous semble indispensable, à la lumière notamment des modifications que propose ce projet de loi, que nos membres soient bien formés pour être en mesure de bien faire respecter les exigences de la législation. C'est particulièrement le cas des étudiants, qui ne bénéficient pour l'instant que de deux semaines de formation. Cette situation nous préoccupe au plus haut point.

Nous avons un protocole d'entente avec les autres ministères et organismes que nous représentons. Les protocoles d'entente, tels qu'ils sont actuellement formulés, prévoient que les seuls à pouvoir exercer ces fonctions sont des inspecteurs ou des agents des douanes. Ces protocoles ne font aucunement mention de la possibilité que des étudiants ayant reçu seulement deux semaines de formation remplacent des agents des douanes. Cela nous inquiète beaucoup.

Le sénateur Roche: Vous avez parlé tout à l'heure du sénateur américain qui a brandi une balise routière orange pendant les audiences. Je suppose que nous avons tous vu cela à la télévision. Est-ce vrai tout ça? Autrement dit, à ces points de passage frontaliers très éloignés, se contentent-ils de placer une balise orange au milieu de la route à 22 heures, quand tout le monde rentre à la maison? Qu'est-ce qui empêcherait quelqu'un de contourner cette balise et de traverser la frontière? Qu'est-ce qui empêcherait quelqu'un de faire ça?

Mr. Charette: Very little, in fact. On the American side, at some of those locations, they have sensors and they do some monitoring. However, on the Canadian side, basically, there is nothing that would prevent that from happening. The RCMP may have patrols, and they may intercept people. As we all know, they, too, have been curtailed significantly.

Other than the RCMP, who may be present, there is really nothing to stop someone from entering that way.

Senator Roche: Is that why you are asking for a 24-hour patrol?

Mr. Charette: Yes.

Senator Roche: With regard to guns, you are advocating that Canadian officials in the PIL be equipped with guns. That would be a hornets' nest. Have there been any instances when the lack of a gun in the possession of an officer was detrimental to Canadian interests? Did someone escape? Where is the evidence that guns are necessary?

Mr. Charette: Like the previous presenters, I will give you the example of Nina DeVille, who was shot by someone who was turned away at the American border and re-entered Canada with a weapon.

Customs inspectors are not armed. Obviously, the security of officers is a prime consideration. If an inspector feels that his or her security will be threatened in any way, shape or form, the standing instruction is to allow the people in and then try to get the RCMP, the local police or the provincial police to intercept them somewhere down the road. Obviously, in that particular case, that proved to be a major failure.

We do not know how many of these individuals would resist or would cause any kind of a reaction. What we know is that we are peace officers and we want to do our job. The only way that we can do our job is not by turning a blind eye and telling people, "Okay, go down the road," and as soon as they go you call the police. That just does not work. Either we enforce the law or we do not. Obviously, at this point, we are not enforcing it.

Senator Roche: Surely, the extra training required of officers in the proper handling of guns and ammunition, et cetera, would present a tremendous complication to a system that already needs more resources in the form of more people to do the job rather than equipping them with guns.

Mr. Charette: Senator, we seize weapons by the thousands each year at the border. All of our officers are trained in gun handling. We seize weapons and ammunition. We seize some weapons that are loaded. We had an accidental discharge just a

M. Charette: Pas grand-chose, en fait. Du côté américain, à certains postes, ils ont du matériel de détection et ils ont des activités de surveillance. Mais du côté canadien, rien n'empêcherait quelqu'un de faire ce que vous dites. La GRC fait des patrouilles, et il est donc possible que des agents interceptent des personnes qui essaient de passer la frontière. Mais comme nous le savons tous, le nombre de patrouilles a également été réduit de façon importante.

À part les agents de la GRC qui peuvent être sur place, il n'y a vraiment rien qui empêcherait quelqu'un d'entrer au Canada de cette manière.

Le sénateur Roche: Est-ce pour cette raison que vous demandez qu'il y ait des patrouilles 24 heures sur 24?

M. Charette: Oui.

Le sénateur Roche: En ce qui concerne les armes à feu, vous préconisez le port d'armes par les agents affectés à la LIP. À mon avis, cela risque d'ouvrir une véritable boîte de Pandore. Êtes-vous au courant d'incidents où le fait que l'agent n'était pas armé aurait nui aux intérêts canadiens? Est-ce que cela aurait permis à quelqu'un de s'évader? Quels sont les faits qui militent en faveur du port d'arme?

M. Charette: Comme d'autres témoins, je me permets de vous citer l'exemple de Nina DeVilliers, qui a été assassinée par quelqu'un dont a refusé l'entrée à la frontière américaine, mais qui a réussi à entrer au Canada malgré le fait qu'il était armé.

Les inspecteurs des douanes ne sont pas armés. Évidemment, la sécurité des agents est une considérable primordiale. Si un inspecteur estime que sa sécurité pourrait être menacée de quelque façon que ce soit, conformément aux instructions que nous avons reçues, il doit laisser entrer l'intéressé et essayer ensuite de le faire intercepter un peu plus loin par la GRC, la police locale ou la police provinciale. De toute évidence, dans le cas en question, cette stratégie a échoué.

Nous ne savons pas combien de personnes de ce genre seraient susceptibles d'opposer une résistance ou de réagir de façon excessive. Ce que nous savons, c'est que nous sommes des agents de la paix, et nous voulons bien faire notre travail. Mais cela ne veut pas dire qu'il faut fermer les yeux sur la situation et se contenter de dire aux gens qui nous semble suspects: «Allez-y; passez» et dès qu'ils ont le dos tourné, prendre le téléphone pour appeler la police. Ce n'est pas une bonne stratégie. Ou alors nous appliquons la loi, ou alors nous ne l'appliquons pas. De toute évidence, nous ne l'appliquons pas actuellement.

Le sénateur Roche: Cependant, il me semble que la formation supplémentaire qu'il faudrait donner aux agents pour leur apprendre à bien se servir d'une arme à feu, et des munitions, et cetera, compliquerait énormément un système qui manque gravement de ressources; dans cette logique, il semble préférable de prévoir plus de personnel, plutôt que de donner des armes à feu aux agents qui sont déjà en poste.

M. Charette: Sénateur, nous confisquons des milliers d'armes chaque année à la frontière. Tous nos agents ont suivi un cours sur le maniement des armes à feu. Nous confisquons des armes et des munitions. Dans certains cas, nous confisquons des armes qui sont

couple of weeks ago. A student was trying to take the bullets out of a pistol. It accidentally discharged. Obviously, a student should not have been asked to do that. We were concerned about that.

Senator Di Nino: Mr. Charette, I have a couple of quick questions. Since September 11, the minister has stated — and I stand to be corrected — that you are now in the highest state of alert. I would like you to tell us what that means. I would also like you to tell us what training has gone on or is going on at the present time vis-à-vis the use or the handling of anthrax and/or other substances that might be even worse?

Mr. Charette: With regard to anthrax, I believe a document was issued this week. Our health and safety committee discussed this over the weekend. I do not have that information. However, one of our national VPs is in attendance today. He might be able to shed some light on that because he was provided with copies of the documentation and his committee had an opportunity to analyze it. Unfortunately, I have not been able to do that at this point.

Senator Di Nino: I am quite surprised. Are you telling me there has been no real training by all of those who are involved in securing our borders on the handling of materials that may be deadly? Is this what you are saying? I do not want to put words in your mouth, but that is an awful thing if it is what you are saying.

Mr. Charette: Basically, there is some training at our college in Rigaud. It is very limited and was not specific to anthrax or to the current set of circumstances.

Senator Di Nino: What does it mean for the minister to say that you are in the highest state of alert? Is it just a statement?

Mr. Charette: The highest state of alert means we will interrogate pretty much 100 per cent of the individuals showing up at the border during that period of time. The number has declined since then. It also means we would be looking at the content of all the vehicles that came to the border. It also means that we had to have the RCMP, the OPP or local police forces assisting us at the border so that we would not have to let the people pass through only to be arrested later on. They would be able to arrest them on the spot. That is one of our concerns.

We would like to be able to do that ourselves. We would like to have detention areas and have the ability to do that. However, if they have a weapon, obviously, with pepper spray and batons we will not be in a position to do that. We will just allow them to go through as per our instructions and call the police.

chargées. D'ailleurs, il y a quelques semaines, une arme a été accidentellement déchargée. Un étudiant essayait d'enlever les balles d'un pistolet. Il l'a déchargée par inadvertance. Il va sans dire qu'on n'aurait jamais dû demander à un étudiant de faire ce genre de chose. Voilà ce qui nous semble très inquiétant.

Le sénateur Di Nino: Monsieur Charette, j'ai quelques très brèves questions à vous poser. Depuis le 11 septembre, le ministre a déclaré — et vous me corrigerez si je me trompe — que vous êtes maintenant en état de grande alerte. J'aimerais que vous nous expliquiez ce terme. J'aimerais également que vous nous indiquiez quelle formation vous avez reçue ou êtes en train de recevoir concernant le traitement de substances telles que l'anthrax ou d'autres qui pourraient être encore plus dangereuses?

M. Charette: En ce qui concerne l'anthrax, il me semble qu'un document nous a été envoyé à ce sujet cette semaine. Notre comité de la santé et de la sécurité en a discuté pendant la fin de semaine. Mais j'ignore la teneur du document en question. Par contre, un de nos vice-présidents nationaux m'accompagne aujourd'hui. Il pourrait peut-être vous dire ce qu'il en est, puisqu'on lui a fourni une copie de la documentation qu'il a pu analyser avec les autres membres du comité. Malheureusement, je n'ai pas pu en prendre connaissance jusqu'à présent.

Le sénateur Di Nino: Je trouve cela très surprenant. Est-ce que j'ai bien compris que les personnes qui sont chargées de protéger nos frontières n'ont pas reçu de formation sur la façon de traiter des substances qui peuvent être mortelles? C'est bien cela que vous nous dites? Je ne veux pas vous faire dire des choses que vous n'avez pas dites, mais si c'est vrai, c'est tout à fait inadmissible.

M. Charette: Un cours de formation a été dispensé au collègue de Rigaud. Cependant, c'était assez limité et il ne portait pas sur le traitement de substances comme l'anthrax ou sur le genre de situation qui existe à l'heure actuelle.

Le sénateur Di Nino: Quand le ministre dit que vous êtes en état de grande alerte, qu'est-ce que cela veut dire au juste? Est-ce que c'est juste des grands mots?

M. Charette: Être en état de grande alerte signifie que nous allons interroger essentiellement 100 p. 100 des personnes qui se présentent à un poste frontalier tant que cet état d'alerte sera en vigueur. Le nombre a baissé depuis. Cela signifie également que nous devons examiner le contenu de tous les véhicules qui traversent la frontière. De même, nous avons dû faire appel à la GRC, à la police provinciale et aux forces de police locales à la frontière pour éviter de faire passer des gens que nous allons arrêter plus tard. Grâce à l'aide des agents de police, nous pouvons les arrêter immédiatement. L'absence de cette possibilité nous inquiète aussi.

Nous aimerions pouvoir faire cela nous-mêmes. Nous voudrions avoir accès à des cellules de détention, pour pouvoir exécuter nous-mêmes ces fonctions. Mais si la personne est armée, il est évident que si nous sommes munis seulement de gaz poivré et de matraques, nous ne serons pas en mesure de jouer ce rôle. Nous devons les faire passer, conformément à nos instructions, et appeler la police après leur départ.

Senator Di Nino: That is not very reassuring, Mr. Charette. I do not mean this as a slam or a criticism to you against you or your people. I think you are victims here like everyone else.

Senator Rompkey: I have a brief question. In testimony earlier, you referred to a passenger manifest. In incoming flights, do you get a passenger manifest? Do you have any advance notice at airports of who is on the aircraft? I know you have a profile in the computer about certain people. Do you know in advance if someone coming in might fit that profile?

Mr. Charette: We do not at this particular point in time. With Bill S-23, which is also before the House and which will be up for third reading shortly, that will be provided. There will be a legal basis.

Senator Rompkey: Then you will receive a passenger manifest, will you?

Mr. Charette: Yes. All airlines will have to supply us with one. That is what I was saying before about the more than two-thirds of the 130 individuals who are being added will be used to go through those manifests and identify people who potentially should or should not be allowed into the country.

Airlines are in the business of moving people and not verifying the identity of the people they move. There is no guarantee that the information being keyed into their systems is accurate. For example, I noticed today that my surname, which is Charette is spelled with two Rs. I spell it with one. If it happens to be spelled that way on the passenger manifest, I will get through.

[Translation]

Senator Robichaud: Firearms scare me. Despite that, you provide invaluable services to Canada. You say that you need more resources. And yet you do a remarkable job, which is exactly what we would expect you to do.

A shoot-out at a border point, where there are lots of people trying to cross, could quickly set off a general panic and result in a loss of life or injuries. When in doubt, would it not be preferable to advise police, so that the suspects could be arrested elsewhere?

Mr. Charette: You raise a valid concern. We believe that if all customs officers were armed, no one would dare use firearms or try to intimidate us, knowing there would be an immediate reaction on our part.

That often happens at Customs. According to our instructions, if some guy 6 feet tall comes through the border, we have to let him through. These people are not always armed. They come to a border point, and because they are familiar with the system and know how it works, they may try to intimidate someone who seems frail or who is alone by saying: "I'm going through. There's no way you're going to stop me!" Whether the individual is armed or otherwise, we have to let him through.

Le sénateur Di Nino: Ce n'est pas très rassurant, monsieur Charette. Mais comprenez-moi bien: ce n'est pas vous ou vos membres que je critique. Je pense que vous êtes des victimes, comme tous les autres.

Le sénateur Rompkey: J'ai une petite question à poser. Dans vos témoignages tout à l'heure, vous avez parlé de manifeste de passagers. Pour les vols d'arrivée, recevez-vous un manifeste de passagers? Aux aéroports, êtes-vous prévenus à l'avance du nom des passagers? Je sais que certaines personnes font l'objet de profils que vous gardez dans vos bases de données. Êtes-vous en mesure de savoir à l'avance s'il y a des gens qui arrivent qui correspondent à vos profils?

M. Charette: Non, pas pour le moment. Lorsque le projet de loi S-23, dont la Chambre des communes est actuellement saisie et qui va bientôt passer l'étape de la troisième lecture, aura été adopté, nous aurons cette possibilité. Ce projet de loi nous autorisera à le faire.

Le sénateur Rompkey: À ce moment-là, vous allez recevoir les manifestes de passagers?

M. Charette: Oui. Toutes les compagnies aériennes devront nous les fournir. Je vous expliquais tout à l'heure que plus des deux tiers des 130 personnes qui seront recrutées auront pour travail d'examiner les manifestes et de déterminer quelles personnes devraient ou ne devraient pas être admises au Canada.

Pour les compagnies aériennes, la priorité est de transporter les gens d'un point à l'autre, et non de vérifier leur identité. Donc, rien ne garantit que l'information saisie par leurs systèmes sera exacte. Par exemple, j'ai remarqué aujourd'hui que mon nom de famille, Charette, est écrit avec deux R. Mais mon nom à moi s'écrit avec un seul R. S'il y a une erreur de ce genre sur le manifeste des passagers, j'arriverai à passer.

[Français]

Le sénateur Robichaud: Je crains les armes à feu. Malgré celles-ci, vous rendez des services inestimables au pays. Vous dites que vous avez besoin de plus de ressources. Vous faites quand même un travail remarquable, ce à quoi nous nous attendons d'ailleurs.

Une fusillade dans un poste frontalier, où beaucoup de gens circulent, pourrait rapidement créer un état de panique générale et occasionner des pertes de vie ou des blessés. Ne serait-il pas préférable, en cas de doute, d'aviser la police afin que l'arrestation de personnes suspectes se fasse ailleurs?

M. Charette: Cette inquiétude est valable. Nous pensons que si tous les douaniers étaient armés, personne n'oserait utiliser d'arme ou essayer de nous intimider, craignant une réaction immédiate de notre part.

Cela arrive souvent aux douanes. La consigne veut que si un colosse de six pieds veut traverser la frontière, nous devons le laisser passer. Les personnes de ce genre ne sont pas toujours armées. Ces personnes arrivent à la frontière, et parce qu'elles connaissent le système, elles peuvent essayer d'intimider une personne qui leur semble frêle, qui est seule, et lui dire: «Je passe. C'est pas toi qui va m'arrêter!» Que cet individu soit armé ou non, il faut le laisser passer.

Senator Robichaud: But if the customs officer has a firearm, what is he going to do? Order him to stop?

Senator Morin: And if the individual does not stop, despite your having ordered him to do so, are you going to shoot?

Mr. Charette: No.

Senator Morin: Then what's the point of having a firearm?

Mr. Charette: The point is that the other guy will realize that we can take additional measures. We could fire a shot in the leg, for example, as a warning. That would allow us to immobilize the individual until police arrive. It doesn't mean we're going to start to shooting at everybody.

According to a study released by Revenue Canada in the mid-1990s, 78 per cent of Canadians have the impression that Canadian customs officers are armed. When they cross the border into the United States, they see that American customs officers are armed.

Senator Robichaud: How often would access to a firearm have made your work easier?

Mr. Charette: I can't really answer that. However, I do know that situations like that occur fairly often at small border points.

Senator Robichaud: And would most of your members agree to carry firearms?

Mr. Charette: Yes.

Senator Robichaud: That isn't a hypothetical answer?

Mr. Charette: No. A study in 1991 showed that 85 per cent of our members were in favour of carrying firearms, although they wanted it to be voluntary. That made things difficult for us. So, we did another survey that clearly showed that the majority of our members wanted us to continue asking to be allowed to carry firearms. I regularly receive e-mails from members to that effect.

Senator Robichaud: Would that become a condition of employment?

Mr. Charette: We would have no choice.

Senator Robichaud: I encourage you to seek solutions other than carrying firearms.

[English]

The Chairman: Mr. Charette, I would like to thank you on behalf of the committee for your excellent brief and the many questions you took. I remember being on a committee three or four years ago when the issue of firearms was raised.

The committee continued *in camera*.

Le sénateur Robichaud: Mais si le douanier est armé, il va lui sommer d'arrêter?

Le sénateur Morin: Si l'individu ne s'arrête pas malgré l'ordonnance, allez-vous tirer?

M. Charette: Non.

Le sénateur Morin: Cela sert à quoi d'être armé à ce moment?

M. Charette: La personne sera consciente que nous pouvons prendre des mesures additionnelles. Nous pouvons tirer un coup dans les jambes en guise d'avertissement. Cela permettrait d'arrêter la personne jusqu'à l'arrivée des policiers. Cela ne veut pas dire que nous allons tirer sur tout le monde.

Selon une étude publiée par Revenu Canada au milieu des années 1990, 78 p. 100 de la population est sous l'impression que les douaniers canadiens sont armés. Il y a une très bonne raison pour cela. Lorsqu'ils traversent la frontière en direction des États-Unis, ils voient que les douaniers américains sont armés.

Le sénateur Robichaud: Dans combien de situations vous servir d'une arme à feu aurait facilité votre travail?

M. Charette: Je ne peux pas vous le démontrer. Cela arrive assez souvent dans les petits postes de douanes.

Le sénateur Robichaud: La majorité de vos membres serait-elle d'accord pour porter des armes?

M. Charette: Oui.

Le sénateur Robichaud: Ce n'est pas hypothétique?

M. Charette: Non. Lors d'une étude faite en 1991, 85 p. 100 des membres avaient répondu «oui» au port d'arme, mais sur une base volontaire. Cela créait une situation difficile. Nous avons donc fait un nouveau sondage qui a démontré clairement que la majorité de nos membres désirait que nous continuions à demander le port d'arme. Je reçois régulièrement des courriels des membres à cet effet.

Le sénateur Robichaud: Est-ce que cela deviendrait une condition d'emploi?

M. Charette: Nous n'aurions pas de choix.

Le sénateur Robichaud: Je vous encourage à trouver d'autres façons que celle du port d'arme.

[Traduction]

La vice-présidente: Monsieur Charette, je vous remercie au nom des membres du comité pour votre excellent exposé et d'avoir répondu à toutes les questions des sénateurs. Je me souviens d'avoir été présente à une audience de comité il y a trois ou quatre ans lorsque la question des armes à feu a été abordée.

Le comité poursuit ses travaux à huis clos.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada —
Publishing

45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —
Édition
45 Boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

APPEARING—COMPARAÎT

The Honourable Cameron Jackson, M.P.P., Minister of
Citizenship with Responsibility for Seniors, Province of
Ontario.

L'honorable Cameron Jackson, député, ministre de la
Citoyenneté avec responsabilité pour les aînés de la
province de l'Ontario.

WITNESSES—TÉMOINS

As an Individual:

Joseph Magnet, Professor, Faculty of Law, University of
Ottawa.

À titre personnel:

Joseph Magnet, professeur, faculté de droit, Université
d'Ottawa.

From the Barreau du Québec:

Francis Gervais, Bâtonnier du Québec;

Carole Brosseau, Lawyer, Research and Legislation Division.

Du Barreau du Québec:

Francis Gervais, bâtonnier du Québec;

Carole Brosseau, avocate, Service de recherche et de
législation.

From the Province of Ontario:

Frank Ryder, Bureau Commander, Investigation Support
Bureau, Ontario Provincial Police;

Robert Montgomery, Assistant Deputy Minister, Ontario
Ministry of Citizenship;

Scott Newark, Vice-Chair, Special Counsel with Ontario's
Office for Victims of Crime;

Carolyn Chaplin, Executive Assistant to the Minister of
Citizenship.

De la province de l'Ontario:

Frank Ryder, commandant de bureau, Division du soutien aux
enquêtes, Police provinciale de l'Ontario;

M. Robert Montgomery, sous-ministre adjoint, ministère de
la Citoyenneté, province de l'Ontario

Scott Newark, vice-président, conseiller juridique spécial,
Bureau d'aide aux victimes d'actes criminels, province de
l'Ontario;

Carolyn Chaplin, adjointe exécutive au ministre de la
Citoyenneté.

From the Customs Excise Union:

Serge Charette, National President.

De l'Union Douanes Accise:

Serge Charette, président national.



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001

Première session de la
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Tuesday, October 23, 2001

Le mardi 23 octobre 2001

Issue No. 36

Fascicule n° 36

Seventh and final meeting on:

Bill C-11, An Act respecting immigration to Canada
and the granting of refugee protection to persons who
are displaced, persecuted or in danger

Septième et dernière réunion concernant:

Le projet de loi C-11, Loi concernant l'immigration au
Canada et l'asile conféré aux personnes déplacées,
persécutées ou en danger

INCLUDING:
THE NINTH REPORT OF THE COMMITTEE
(Bill C-11)

Y COMPRIS:
LE NEUVIÈME RAPPORT DU COMITÉ
(projet de loi C-11)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

| | |
|----------------------|------------------|
| * Carstairs, P.C. | Morin |
| (or Robichaud, P.C.) | * Lynch-Staunton |
| Cook | (or Kinsella) |
| Cordy | Pépin |
| Di Nino | Robertson |
| Keon | Robichaud, P.C. |
| Maheu | Roche |

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Pépin substituted for that of the Honourable Senator Rompkey (*October 23, 2001*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

| | |
|----------------------|------------------|
| * Carstairs, c.p. | Morin |
| (ou Robichaud, c.p.) | * Lynch-Staunton |
| Cook | (ou Kinsella) |
| Cordy | Pépin |
| Di Nino | Robertson |
| Keon | Robichaud, c.p. |
| Maheu | Roche |

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Pépin est substitué à celui de l'honorable sénateur Rompkey (*le 23 octobre 2001*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Tuesday, October 23, 2001

(40)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9:05 a.m., in Room 505 of the Victoria Building, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Cordy, Di Nino, Kirby, LeBreton, Maheu, Morin, Pépin, Robichaud, P.C., and Roche (10).

Other senators present: The Honourable Senators Andreychuk, Christensen, and Rompkey, P.C. (3).

In attendance: Catherine Piccinin, Clerk of the Committee, and Jay Sinha, Research Officer, Parliamentary Research Branch, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, September 27, 2001, the Committee resumed its consideration of Bill C-11, An Act respecting immigration to Canada and the granting of refugee protection to persons who are displaced, persecuted or in danger. (*See Proceedings of the Committee, Issue No. 26 dated October 1, 2001, for full text of Order of Reference*).

It was agreed that the committee proceed to clause-by-clause consideration of Bill C-11.

The Honourable Senator Cordy moved that the Bill be adopted.

The question being put on the motion, it was adopted, on division.

It was agreed that the committee proceed *in camera* to consider a draft report.

The committee adopted draft observations on Bill C-11 with certain modifications.

The committee proceeded in public.

The Honourable Senator Robichaud, P.C., moved that the Bill be reported to the Senate without amendment but with observations.

The question being put on the motion, it was adopted.

It was agreed that the Chair and the Deputy Chair be authorized to make changes to finalise the observations.

It was agreed that the Honourable Senator Cordy present the report on behalf of the Chair.

At 9:40 a.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mardi 23 octobre 2001

(40)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 h 05, dans la pièce 505 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Di Nino, Kirby, LeBreton, Maheu, Morin, Pépin, Robichaud, c.p. et Roche (10).

Autres sénateurs présents: Les honorables sénateurs Andreychuk, Christensen et Rompkey, c.p. (3).

Également présentes: Catherine Piccinin, greffière du comité et Jay Sinha, attachée de recherche, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 27 septembre 2001, le comité reprend son étude du projet de loi C-11, Loi concernant l'immigration au Canada et l'asile conféré aux personnes déplacées, persécutées ou en danger. (*Pour le texte intégral de l'ordre de renvoi, voir les délibérations du comité, fascicule n° 26 du 1^{er} octobre 2001*).

Il est convenu que le comité procède à l'étude article par article du projet de loi C-11.

L'honorable sénateur Cordy propose que le projet de loi soit adopté.

La question, mise aux voix, est adoptée avec dissidence.

Il est convenu que la comité poursuive ses travaux à huis clos pour examiner une ébauche de rapport.

Le comité adopte un brouillon d'observations relatives au projet de loi C-11 avec certaines modifications.

Le comité reprend sa séance publique.

L'honorable sénateur Robichaud, c.p. propose de faire rapport du projet de loi au Sénat sans amendement, mais assorti d'observations.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Il est convenu que le président et la vice-présidente soient autorisés à apporter des changements pour mettre la dernière main aux observations.

Il est convenu que l'honorable sénateur Cordy présente le rapport au nom du président.

À 9 h 40, il est convenu que le comité suspende ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

Le greffier suppléant du comité,

Till Heyde

Acting Clerk of the Committee

REPORT OF THE COMMITTEE

Tuesday, October 23, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to present its

NINTH REPORT

Your Committee, to which was referred Bill C-11, An Act respecting immigration to Canada and the granting of refugee protection to persons who are displaced, persecuted or in danger, has, in obedience to the Order of Reference of Thursday, September 27, 2001, examined the said Bill and now reports the same without amendment. Your Committee appends to this Report certain observations relating to this Bill.

Respectfully submitted,

Le président,

MICHAEL KIRBY

Chair

APPENDIX

Observations of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology on Bill C-11, an *Act respecting immigration to Canada and the granting of refugee protection to persons who are displaced, persecuted or in danger*

During the hearings of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology on Bill C-11, An Act respecting immigration to Canada and the granting of refugee protection to persons who are displaced, persecuted or in danger, the Committee heard from a broad range of individuals and organizations with varying opinions about the Bill.

The Committee recognizes that Bill C-11 represents a major overhaul of Canada's immigration and refugee protection legislation, and it will thus likely set the standard for many years to come. The Committee also fully appreciates that the current context in which the Bill is being considered is one of heightened security concerns following the profoundly tragic events of 11 September 2001 in the United States. In this context the Committee realizes that the Bill must embody a balance that will respect the needs and rights of individuals while simultaneously serving the public interest particularly with respect to security concerns and meeting Canada's international obligations.

Most witnesses emphasized that an underlying and widespread problem is the lack of resources available to effectively implement Canada's immigration and refugee programs. Many witnesses stated the Bill is sufficient to address all security and border control concerns — even given post-September 11th terrorism-related issues — provided the resources available for its administration and enforcement are increased. Events of the last several days in the United States further highlight the critical need for adequate

RAPPORT DU COMITÉ

Le mardi 23 octobre 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de présenter son

NEUVIÈME RAPPORT

Votre Comité, auquel a été déféré le Projet de loi C-11, Loi concernant l'immigration au Canada et l'asile conféré aux personnes déplacées, persécutées ou en danger, a, conformément à l'ordre de renvoi du jeudi 27 septembre 2001, étudié ledit projet de loi et en fait maintenant rapport sans amendement. Votre Comité annexe au présent rapport certaines observations relatives à ce projet de loi.

Respectueusement soumis,

ANNEXE

Observations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie au sujet du projet de loi C-11, *Loi concernant l'immigration au Canada et l'asile conféré aux personnes déplacées, persécutées ou en danger*

Au cours de ses audiences sur le projet de loi C-11, *Loi concernant l'immigration au Canada et l'asile conféré aux personnes déplacées, persécutées ou en danger*, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a entendu bon nombre de particuliers et de groupes ayant des opinions différentes.

Le Comité sait que le projet de loi C-11 constitue une révision majeure de la loi canadienne sur l'immigration et la protection des réfugiés et qu'il fixera vraisemblablement la norme pour de nombreuses années à venir. Il est aussi conscient que ce projet de loi est actuellement examiné dans un contexte où les préoccupations en matière de sécurité sont plus vives à cause des événements tragiques du 11 septembre dernier aux États-Unis. Dans ce contexte, le Comité reconnaît que le projet de loi C-11 doit proposer un équilibre qui respectera les besoins et les droits des particuliers, servir l'intérêt public, plus particulièrement en ce qui a trait à la sécurité, et honorer les obligations internationales du Canada.

La plupart des témoins ont souligné que le manque de ressources pour mettre en œuvre les programmes d'immigration et les programmes pour les réfugiés du Canada constitue un problème sous-jacent et répandu. Bon nombre croient que le projet de loi suffira pour régler toutes les préoccupations en matière de sécurité et de contrôle aux frontières, y compris les préoccupations relatives au terrorisme qui sont apparues depuis le 11 septembre dernier, à condition que l'on augmente les

training and resources, especially for all those involved in front-line security and processing.

However, the Committee heard that over the past decade the Department has undergone two rounds of serious downsizing that have reduced immigration staff — including front-line immigration officers — by almost half. Certain witnesses were not convinced it would be possible to implement new increased security measures given that there are insufficient resources to carry out current tasks in an effective manner.

The Committee also heard that the Immigration and Refugee Board has a backlog, or “inventory,” of approximately 34,000 refugee claims that have not yet been heard and decided. Also of note was the testimony that about 15 per cent of claims are abandoned, and because Canada does not have exit controls it is unclear whether these people have left the country. Witnesses explained that the Board currently employs 186 decision-makers, supported by 103 refugee claims officers. Once the Department has found a person eligible to make a refugee claim — a procedure that can take up to six months — the person’s claim is referred to the Board, where the processing time for each claim is about ten months. Certain witnesses expressed concern about the proposed 72-hour time frame for the initial eligibility processing step. However, other witnesses indicated this would merely ensure the claim was referred to the Board in a timely fashion. They explained that if background checks later turned up information suggesting, for example, the person was a security risk, the claim could be suspended at any time. The Committee was told that the Board would need in the order of 250 decision-makers and another 50 or 60 refugee claims officers to significantly reduce the backlog and processing time.

The Committee heard testimony about events that have occurred at overseas missions — large amounts of money disappearing, bribery, visas going missing — which are allegedly attributable to locally engaged immigration employees. The Committee also heard concerns from witnesses about the qualifications and training of Board members being insufficient to carry out their duties fairly and effectively. Testimony was given that such shortcomings would only be exacerbated by the proposed move in the Bill to single member panels.

The Committee suggests that the Government evaluate the need to invest in additional resources in Canada’s immigration and refugee system for more personnel, better enforcement, additional training programs and improved technology. The Committee is of the view that there should not only be new personnel hired to implement reinforced security measures at entry points, but also to

ressources disponibles pour son administration et sa mise en œuvre. Les événements des derniers jours aux États-Unis font ressortir encore davantage l’urgence de prévoir une formation et des ressources adéquates, surtout dans le cas des intervenants de première ligne.

Le Comité a toutefois appris qu’au cours de la dernière décennie, le ministère a connu deux séries d’importantes compressions des effectifs au cours desquelles le personnel responsable de l’immigration, y compris les agents d’immigration de première ligne, a été réduit de près de moitié. Certains témoins n’étaient pas convaincus s’il serait possible d’appliquer des mesures de sécurité accrues étant donné que les ressources pour exécuter efficacement les tâches actuelles sont déjà insuffisantes.

Il semblerait également que la Commission de l’immigration et du statut de réfugié du Canada a un arriéré, ou «inventaire», d’environ 34 000 revendications du statut de réfugié qui n’ont pas encore été entendues et qui n’ont pas encore fait l’objet d’une décision. Selon un témoignage, les demandeurs se désistent de leur revendication dans environ 15 p. 100 des cas et, comme le Canada ne contrôle pas les sorties, on ignore si ces demandeurs ont quitté le pays. Des témoins ont expliqué que la Commission compte actuellement 186 décideurs soutenus par 103 agents chargés des revendications. Lorsque le ministère a établi que la revendication du statut de réfugié est recevable — une procédure qui peut prendre jusqu’à six mois — la revendication est renvoyée à la Commission, et il faut alors dix mois environ pour la traiter. Certains témoins se sont dits préoccupés par le délai de 72 heures proposé pour la première étape du processus de détermination de la recevabilité. D’autres estimaient toutefois que cela contribuerait simplement à ce que la revendication soit transmise à la Commission en temps utile. Ils ont ajouté que, si la vérification des antécédents révélait ultérieurement que la personne posait un risque pour la sécurité, l’étude de la demande pouvait être interrompue n’importe quand. Selon les témoignages, la Commission aurait besoin de quelque 250 décideurs et il lui faudrait augmenter de 50 ou 60 le nombre d’agents chargés des revendications pour réduire considérablement l’arriéré et le temps de traitement des demandes.

Le Comité a entendu des témoignages au sujet d’événements qui se sont produits dans des bureaux à l’étranger — disparition d’importantes sommes d’argent, corruption, visas qui disparaissent — qui seraient, semble-t-il, attribuables à des employés d’immigration engagés localement. Des témoins ont également critiqué les compétences et la formation des membres de la Commission qu’ils jugent insuffisantes pour leur permettre de s’acquitter de leurs fonctions de manière juste et efficace. Selon les témoignages, le fait de tenir les audiences devant un seul commissaire, comme le propose le projet de loi, ne ferait qu’exacerber ces lacunes.

Le Comité propose que le gouvernement évalue la nécessité de consacrer plus de ressources au système d’immigration et de détermination du statut de réfugié au Canada afin de pouvoir augmenter les effectifs, mieux appliquer les mesures, accroître la formation et disposer de meilleures technologies. Le Comité estime qu’il faudrait engager du nouveau personnel non seulement

process and review new immigration applications and refugee claims.

The Committee also suggests that the Department and the Immigration and Refugee Board evaluate the need to verify the integrity, qualifications and decision-making ability of their personnel, especially locally engaged overseas immigration officers and Board members. As part of this process, the Minister may wish to undertake a review of the appointment process for Board members to make it more professional and to ensure members have sufficient qualifications and training. The desirability of having refugee claims heard by two members of the Board, as opposed to just a single member, could also be evaluated.

The Committee is concerned about the broad regulation-making power the Bill would give to the Department. The Committee recognizes that under clause 5(2) of the Bill, certain proposed regulations would be laid before each House of Parliament, and each House would then refer the proposed regulations to the appropriate Committee of that House.

However, under clause 5(3), once a proposed regulation had gone before each House there would be no need to put it before the Houses again, *even if it had been altered*. Concerns were expressed that this provision makes the whole process of review of the proposed regulations by each House of Parliament illusory, given that changes can be made to proposed regulations without the need for Parliamentary review. The desirability of subjecting the regulation-making power of the Minister to greater scrutiny by the appropriate Committee of each House of Parliament should therefore be examined. This scrutiny could include review of *all* changes to proposed and existing regulations.

The Committee was told that the family class set out in clause 12(1) should be explicitly defined in regulation to ensure that no currently recognized categories of the family class are excluded. In particular, the Committee would suggest that "grandparents" be included in the family class by regulation. The Committee recognises that a commitment to do this was made by the Minister in her testimony.

The Committee also agrees with witness suggestions that the family class regulations to the Bill should explicitly define "common-law partner" to include same sex partners.

The Minister indicated to the Committee that the Department is "fast-tracking" implementation of a new fraud-resistant permanent resident card. The Minister did not state when the card would be in place, but noted that it would definitely be before the 2003 date initially envisioned. The Committee requests an update from the Minister on this issue at the earliest possible opportunity.

pour appliquer les mesures de sécurité accrues aux points d'entrée, mais aussi pour traiter et examiner les nouvelles demandes d'immigration et les nouvelles demandes de revendication du statut de réfugié.

Le Comité propose également que le ministère et la Commission de l'immigration et du statut de réfugié évaluent la nécessité de vérifier l'intégrité, les compétences et la capacité de prise de décisions de leur personnel, en particulier des membres de la Commission et des agents d'immigration à l'étranger engagés localement. Dans le cadre de cette activité, la ministre voudra peut-être examiner le processus de nomination des membres de la Commission afin de rendre ce processus plus professionnel et de s'assurer que les commissaires possèdent des compétences et une formation suffisantes. Le bien-fondé de faire entendre les revendications du statut de réfugié par deux commissaires au lieu d'un seul pourrait aussi être évalué.

Le Comité s'inquiète du vaste pouvoir de réglementation que le projet de loi conférerait au ministère. Il reconnaît qu'en vertu du paragraphe 5(2) du projet de loi, des projets de règlement seraient déposés devant chaque chambre du Parlement et que chaque chambre renverrait ensuite ces projets de règlements à son comité compétent.

Cependant, en vertu du paragraphe 5(3), lorsqu'un projet de règlement a été déposé devant chaque chambre, il ne serait pas nécessaire de le déposer de nouveau devant les chambres *même s'il a subi des modifications*. On craint que cette disposition n'ôte toute son importance au processus d'examen du projet de règlement par chaque chambre du Parlement puisque des modifications pourraient être apportées au projet de règlement sans que le Parlement ait à les examiner. Par conséquent, il faudrait se pencher sur le bien-fondé d'assujettir le pouvoir de réglementation de la ministre à un examen plus minutieux du comité compétent de chaque chambre du Parlement. Cet examen pourrait comprendre une étude de *toutes* les modifications du projet de règlement et du règlement en place.

Des témoins ont dit au Comité que la catégorie «regroupement familial» dont il est question au paragraphe 12(1) devrait être clairement définie par règlement pour veiller à ce qu'aucune catégorie de regroupement familial actuellement reconnue ne soit exclue. Le Comité propose, en particulier, que les «grands-parents» soient inclus par règlement dans la catégorie «regroupement familial». Le Comité reconnaît que la ministre s'est engagée à le faire lors de son témoignage.

Le Comité est aussi d'accord avec les suggestions de témoins voulant que les règlements sur le regroupement familial pris en vertu du projet de loi donnent une définition claire de «conjoint de fait» comprenant les conjoints de même sexe.

La ministre a indiqué au Comité que le ministère accélère la mise en œuvre d'une nouvelle carte de résident permanent à l'épreuve des contrefaçons. Elle n'a pas dit quand exactement la nouvelle carte serait utilisée, mais a souligné que ce serait définitivement avant 2003, comme prévu initialement. Le Comité voudrait que la ministre le tienne au courant de l'évolution de la question le plus tôt possible.

Various witnesses expressed concern about the Bill's lack of definitions of "terrorism" and of what constitutes being a "member" of a terrorist organization. The concern derives largely from the use of these terms in clause 34, the provision dealing with inadmissibility on security grounds. The Committee was told that without explicit definitions, the decision whether a person is a "terrorist" would be a subjective one left to the discretion of immigration officers.

The Committee recognizes that the international community has hesitated to endorse a precise definition of terrorism because the term is so ambiguous and open to political manipulation. However, the Committee heard that workable definitions of terrorism do exist, such as that set out in the United Nations Convention against the Suppression of Financing of Terrorism. Some witnesses suggested using the definition of "threats to the security of Canada" set out in the *Canadian Security Intelligence Act*. This could be done in the regulations that would apply to Bill C-11.

The Committee was also told that the term "terrorism" should not be used in legislation, because it is too amorphous and may thus target the wrong people. Rather, it was suggested that reference be made to "international crimes," as enunciated in United Nations treaties, and as they relate to the many discrete terrorism-related offences set out in Canada's Criminal Code.

The Committee recognizes the importance of defining the term "terrorism," and supports the idea of including such a definition in legislation or in regulation. The Committee wishes to stress, however, that the same definition of "terrorism" should be used in all relevant Canadian legislation. The Committee highlights the definition of "terrorist activity" in clause 4 of Bill C-36, the *Anti-terrorism Act*, which is currently before the House of Commons. A similar definition — adapted to the context of Bill C-11 — should be considered for the regulations that would apply to Bill C-11.

The potential application of clause 64 of the Bill also raised certain concerns during proceedings. Non-governmental witnesses questioned several aspects of this provision, which would remove the right of a permanent resident convicted of a "serious crime" — defined as any offence for which a sentence of at least two years was imposed — to appeal his or her deportation to the Immigration Appeal Division. Thus, if an immigration officer reported a permanent resident to an adjudicator as inadmissible on this basis, the permanent resident would automatically face deportation regardless of other extenuating factors. Many witnesses expressed the view that clause 64 goes too far and would be subject to a great number of legal challenges.

The Committee was told that currently the Immigration Appeal Division is permitted to hear such appeals. Circumstances considered at these hearings have been enumerated in a 1985 case called *Ribic v. Canada (MEI)* and include:

- The seriousness of the offence;
- The possibility of rehabilitation;

Divers témoins se sont montrés préoccupés par l'absence, dans le projet de loi, d'une définition de «terrorisme» et de «membre» d'une organisation terroriste. Cette préoccupation découle en grande partie de l'utilisation de ces termes à l'article 34, qui porte sur l'interdiction de territoire pour raison de sécurité. Ils ont mentionné au Comité que sans définition claire, la décision de savoir si une personne est un «terroriste» serait subjective, parce qu'elle serait laissée à la discrétion des agents d'immigration.

Le Comité sait que la communauté internationale a hésité à adopter une définition précise du terrorisme parce que ce mot est très ambigu et qu'il est sujet à la manipulation politique. Cependant, il existe des définitions pratiques du terrorisme comme celle donnée dans la Convention des Nations Unies contre le financement du terrorisme. Des témoins ont proposé d'employer la définition de «menaces envers la sécurité du Canada» figurant dans la *Loi sur le Service canadien du renseignement de sécurité*. On pourrait le faire dans le règlement d'application du projet de loi C-11.

Des témoins ont également dit au Comité qu'il ne convenait pas d'utiliser le mot «terrorisme» dans la loi parce qu'il est trop vague et qu'il pourrait, par conséquent, viser les mauvaises personnes. Ils proposent de parler plutôt de «crimes internationaux», comme dans les traités des Nations Unies, dans la mesure où ils se rapportent aux nombreux actes de terrorisme prévus dans le *Code criminel* du Canada.

Le Comité reconnaît l'importance de définir le terme «terrorisme» et souscrit à l'idée d'inclure cette définition dans la loi ou dans le règlement. Il insiste toutefois sur l'importance d'employer, dans toutes les lois canadiennes, la même définition de «terrorisme». Le Comité pense ici à la définition d'«activité terroriste» dans l'article 4 du projet de loi C-36, la *Loi antiterroriste*, qui est actuellement examiné par la Chambre des communes. Il conviendrait d'envisager une définition semblable, adaptée au contexte du projet de loi C-11, pour les règlements d'application de ce projet de loi.

Au cours des délibérations, des préoccupations ont également été exprimées au sujet de l'utilisation possible de l'article 64 du projet de loi. Des témoins ne représentant pas le gouvernement ont remis en question plusieurs aspects de cet article qui retirerait à un résident permanent trouvé coupable de «grande criminalité» — définie comme l'infraction punie au Canada par un emprisonnement d'au moins deux ans — le droit d'interjeter appel de son expulsion à la Section d'appel de l'immigration. Par conséquent, si un agent d'immigration déclarait à un arbitre qu'un résident permanent est interdit de territoire pour cette raison, ce résident permanent serait automatiquement renvoyé peu importe les autres circonstances atténuantes. Bon nombre de témoins ont déclaré que l'article 64 va trop loin et qu'il fera l'objet d'un grand nombre de contestations devant les tribunaux.

Le Comité a appris qu'actuellement, la Section d'appel de l'immigration peut entendre ces appels. Les circonstances qui sont prises en considération à ces audiences ont été énumérées en 1985 dans l'affaire *Ribic c. Canada (MEI)*. Ce sont:

- la gravité de l'infraction;
- la possibilité de réhabilitation;

The length of time spent in Canada and the degree to which the appellant is established here;

The appellant's family in Canada and the dislocation to the family that deportation would cause;

The support available to the appellant, not only within the family but within the community; and

The degree of hardship that would be caused to the appellant by his/her return to the country of nationality.

The Committee heard that clause 44 of the Bill is permissive in that an officer who is of the opinion that someone is inadmissible *may* prepare a report to send to the Minister, which report *may* be referred to an admissibility hearing. Thus, there would be no obligation to prepare a report and certainly no obligation on the officer to consider the above-noted *Ribic* criteria. The Committee also understands that clause 53 would grant the Governor in Council the authority to make regulations concerning the circumstances set out in clause 44.

Several witnesses suggested completely removing clause 64 from the Bill. The Committee acknowledges this suggestion, but understands that the clause 53 regulation-making power could be used to address the concerns raised by clause 64. The Committee makes three suggestions to this effect.

First, the Committee suggests including in the regulations a requirement that the immigration officer, or a senior immigration official, consider *all* circumstances of the permanent resident's case under clause 44 when deciding whether or not to issue a report.

The Committee's second suggestion is to explicitly include the *Ribic* criteria in the regulations that would govern whether or not a permanent resident convicted of a "serious offence" is referred to an adjudication hearing.

Finally, evidence before the Committee suggests enacting a domicile provision in the regulations to allow access to the Immigration Appeal Division for permanent residents who meet a threshold establishment in Canada. For example, permanent residents who had maintained their permanent resident status for *five years* before being reported under clause 44 could be exempt from the application of clause 64. This would amount to an automatic right of appeal for those who had been permanent residents for at least five years.

The Committee is of the opinion that any of these three regulatory provisions could address the concerns caused by clause 64, i.e., that long-term permanent residents with strong ties to Canada and who are a low risk to re-offend would face deportation based solely on the fact of their conviction and sentence. The Committee suggests that the Department address the issues raised by clause 64 by enacting one of these suggested regulatory alternatives.

The Committee also heard testimony about the need to regulate immigration consultants. Currently, anyone can claim to be an immigration consultant, regardless of his or her training and

le temps passé au Canada et le degré d'établissement de l'appelant au Canada;

la présence de membres de la famille au Canada et la séparation que l'expulsion pourrait leur occasionner;

le soutien dont bénéficie l'appelant, non seulement dans sa famille, mais aussi dans la collectivité;

l'importance des épreuves que l'appelant subirait en retournant dans le pays dont il a la nationalité.

De l'avis de certains témoins, l'article 44 est permissif parce qu'un agent qui estime qu'une personne est interdite de territoire *peut* établir un rapport circonstancié qu'il transmet au ministre, lequel *peut* déférer l'affaire à la Section de l'immigration pour enquête. Par conséquent, il n'y aurait aucune obligation d'établir un rapport et sûrement aucune obligation, pour l'agent, de tenir compte des critères susmentionnés qui ont été invoqués dans la décision *Ribic*. Le Comité comprend également que l'article 53 conférerait au gouverneur en conseil le pouvoir d'adopter des règlements concernant les circonstances énoncées à l'article 44.

Plusieurs témoins ont proposé de supprimer complètement l'article 64 du projet de loi. Le Comité prend note de cette suggestion en reconnaissant que le pouvoir réglementaire conféré par l'article 53 pourrait être utilisé pour corriger les réserves soulevées par l'article 64. Le Comité formule trois suggestions à cette fin.

Premièrement, le Comité propose d'exiger dans le règlement que l'agent d'immigration, ou encore un agent supérieur à l'immigration, examine *toutes* les circonstances du dossier du résident permanent en vertu de l'article 44 au moment de décider s'il doit présenter un rapport.

Il propose en deuxième lieu d'inclure explicitement les critères *Ribic* dans les règles qui détermineront si un résident permanent coupable d'une infraction grave est renvoyé à une audience.

Enfin, le Comité a entendu des témoignages donnant à penser qu'il faudrait adopter dans le règlement une disposition relative au domicile pour que le résident permanent qui satisfait au seuil fixé de résidence au Canada puisse recourir à la Section d'appel de l'immigration. Par exemple, le résident permanent qui aurait maintenu son statut de résidence permanente pendant *cinq ans* avant l'établissement du rapport en vertu de l'article 44 pourrait être exempté de l'article 64. Autrement dit, un droit d'appel automatique serait accordé aux personnes qui étaient des résidents permanents depuis au moins cinq ans.

Le Comité pense que l'une ou l'autre de ces trois dispositions réglementaires pourrait apaiser les craintes soulevées par l'article 64, soit que le résident permanent de longue date ayant des liens solides au Canada et dont le risque de récidive est faible risque l'expulsion du seul fait de sa condamnation et de sa sentence. Le Comité propose que le ministère aborde les questions soulevées par l'article 64 en adoptant une des options réglementaires proposées.

Le Comité a aussi entendu des témoignages sur la nécessité de réglementer les consultants en immigration. En ce moment, n'importe qui peut se poser en consultant en immigration, peu

experience in immigration law. Witnesses spoke of how regulation would prevent dishonest and incompetent persons from holding themselves out as immigration practitioners as they make unrealistic promises to clients and charge them exorbitant fees.

The Committee was informed that over the past decade detailed representations have been made to the Department suggesting a self-governing regulatory regime that would not offend provincial jurisdiction. The Committee urges the Department to evaluate the desirability of using its statutory power — which exists under the current Act and is present in clause 91 of Bill C-11 — to regulate immigration consultants.

Clause 101(1)(e) of Bill C-11 would exclude from the refugee determination system those who have passed through a prescribed country on their way to Canada, unless that country was their place of nationality or former habitual residence. These “safe third countries” would be designated by the regulations and asylum seekers would be expected to make their claims there. Similar provisions exist in the current *Immigration Act* and have existed for some time. However, no country has ever been designated for this purpose.

The Committee heard evidence that anywhere from one third to one half of refugee claimants in Canada enter our country from the United States. Testimony also indicated that many European countries have “safe third country” provisions in their immigration laws. Concerns were expressed, however, that such provisions must ensure that the asylum seeker receives a hearing in accordance with the Refugee Convention and international law. The potential exists, it was noted, for claimants to be deported to a “safe third country” which would then deport them to another “safe third country” and so on, until they were eventually returned to the country where they fear persecution. It was also indicated that the Europeans are not currently satisfied with the way their “safe third country” system functions at this time.

The Committee heard that United Nations High Commissioner for Refugees guidelines exist that could be considered in determining whether the return of an asylum seeker to a particular country should take place. The conclusion of formal agreements between nations, it was indicated, has the potential of enhancing the orderly protection of refugees. However, the Committee was informed that there have been difficulties in establishing an agreement with the United States. Evidence was put before the Committee that the Canadian refugee determination system may be “more generous” than the American.

The Committee is of the view that consideration should be given to the definition of “safe third countries.” The issue could be further examined by the Government, particularly with respect to the negotiation of an agreement of shared asylum processing with the United States. The Committee suggests that the Government work toward implementing the safe third country provision.

A number of members of the Committee are also concerned that Bill C-11 effectively purports to be retroactive in its application. For example, the new inadmissibility guidelines

importe sa formation ou son expérience en droit de l'immigration. Les témoins pensent que l'adoption de règlements empêcherait des personnes malhonnêtes et incompetentes de se dire spécialistes de l'immigration et, partant, de faire des promesses non réalistes à leurs clients et de leur réclamer des honoraires exorbitants.

Le Comité a appris que, depuis dix ans, des démarches explicites ont été faites au ministère proposant un régime réglementaire autogéré qui n'empiéterait pas sur les compétences provinciales. Le Comité exhorte le ministère à évaluer le bien-fondé d'utiliser son pouvoir réglementaire — qui lui est conféré par la loi actuelle et par l'article 91 du projet de loi C-11 — pour réglementer les consultants en immigration.

Aux termes de l'alinéa 101(1)e) du projet de loi C-11, est inadmissible au processus de détermination du statut de réfugié le demandeur arrivé au Canada en passant par un pays désigné, à moins que ce pays soit celui dont il a la nationalité ou dans lequel il avait sa résidence habituelle. Ces «tiers pays sûrs» seraient désignés par règlement, et les demandeurs d'asile seraient censés y présenter leur demande. La présente *Loi sur l'immigration* contient déjà des dispositions semblables mais aucun pays n'a encore été désigné à cette fin.

Des témoins ont dit au Comité que entre le tiers et la moitié des demandeurs du statut de réfugié au Canada arrivent chez nous en passant par les États-Unis. Il semblerait aussi d'après les témoignages entendus que de nombreux pays d'Europe ont des dispositions en matière de «tiers pays sûrs» dans leurs lois sur l'immigration. Il faudrait toutefois avoir l'assurance que le demandeur d'asile soit entendu conformément à la Convention sur les réfugiés et aux lois internationales. Il pourrait arriver, selon certains témoins, que des demandeurs soient renvoyés vers un «tiers pays sûr», qui les expulserait dans un autre «tiers pays sûr», et ainsi de suite jusqu'à ce qu'à ce qu'ils finissent par revenir dans le pays où ils craignent d'être persécutés. D'après certaines indications, les Européens ne seraient pas satisfaits du fonctionnement de leur système de «tiers pays sûr».

De l'avis de certains témoins, les lignes directrices du Haut Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés pourraient être utilisées pour déterminer si un demandeur d'asile doit être renvoyé dans un pays donné. On pense que la signature d'ententes officielles entre pays pourrait protéger plus adéquatement les réfugiés. Le Comité s'est laissé dire, cependant, qu'il est difficile d'établir une entente avec les États-Unis. Des exemples ont été donnés montrant que le système canadien de détermination du statut de réfugié serait plus généreux que le système américain.

Le Comité pense qu'il faudrait examiner la définition de «tiers pays sûrs». Le gouvernement pourrait examiner cette question plus en détail, surtout la négociation d'une entente de procédure d'octroi d'asile partagée avec les États-Unis. Le Comité aimerait voir le gouvernement travailler à la mise en application d'une clause de tiers pays sûr.

Des membres du Comité ont aussi des réserves à propos de l'application rétroactive du projet de loi C-11. Ainsi, les nouvelles lignes directrices sur la non-recevabilité s'appliqueraient à l'égard

would apply in respect of acts that took place before the Bill would be proclaimed into law. Witnesses made specific reference to the "serious criminality" provision of clause 64 that would preclude a permanent resident from an appeal of deportation if he or she were sentenced to two years or more for a criminal offence. In effect, people who may not be removable under the current Act would become removable when Bill C-11 is proclaimed.

Processes that have begun under the current legislation would automatically become subject to the new legislation. Although the Minister stated that applicants who have been interviewed under the current law would be processed according to the current law even after the new legislation takes effect, it was not clear that others who have not reached the interview stage would be subject to the rules that were in place when they made their application. Thus, applicants who have spent large sums of money on the assumption that they meet the immigration criteria could discover that they suddenly do not meet the new criteria when the new law takes effect. The non-refundable fee per adult applicant is usually \$500; even higher fees are charged for business class applicants.

The potential for legal challenges to the retroactive application of a new act was also mentioned in testimony before the Committee

A number of members of the Committee suggest that Bill C-11 should not force those whose processes have commenced under current legislation to be automatically subject to the new law. At the very least, they should have the choice of which legislation would apply.

Although under clause 94 the Department would already be obliged to submit an annual report to Parliament on the operation of the legislation, the Department should also be obliged to report back to the appropriate Committee of each House of Parliament on the implementation of the Bill, especially in relation to points raised in these Observations.

Finally, in light of the various issues highlighted during these hearings, the Committee is of the opinion that the Senate should consider doing an in-depth study of all aspects of Canada's immigration and refugee protection system. As one specific example of the issues that need to be addressed, the Committee heard important testimony about the difficulties faced by female refugee claimants subject to deportation orders who, upon removal, are separated from their Canadian-born children. There are many other similar examples of issues that indicate the timeliness and desirability of an examination of Canada's immigration and refugee protection system. Such a study should define the fundamental issues and include a review and analysis of previous governmental studies on the Canadian immigration and refugee systems.

The Committee intends to ask the Minister to respond in writing to these observations six months after the legislation is proclaimed.

de lois qui ont adoptées avant que le projet de loi ne devienne loi. Des témoins ont parlé notamment de la disposition de «grande criminalité» dans l'article 64, qui empêcherait un résident permanent d'interjeter appel d'une mesure d'expulsion si cette personne était jugée coupable d'une infraction punie par un emprisonnement d'au moins deux ans. En fait, une personne non passible d'expulsion en vertu de la présente loi pourrait le devenir sous le régime du projet de loi C-11.

Les procédures engagées sous le régime des lois actuelles seraient automatiquement assujetties à la nouvelle loi. La ministre a déclaré que le dossier d'un demandeur reçu en entrevue sous la présente loi serait traité en vertu de celle-ci, même après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi; il n'est établi clairement, toutefois, si les autres demandeurs n'ayant pas atteint l'étape de l'entrevue seraient assujettis aux règles qui étaient en place lorsqu'ils ont fait leur demande. Ainsi, un demandeur qui a dépensé des sommes d'argent considérables en pensant satisfaire aux critères d'immigration pourrait découvrir soudainement qu'il ne satisfait plus aux nouveaux critères lorsque la nouvelle loi entrera en vigueur. Les frais non remboursables exigés d'un demandeur adulte sont habituellement de 500 \$, et les gens d'affaires immigrants doivent déboursier des frais encore plus élevés.

Des témoins ont aussi soulevé la possibilité que l'application rétroactive de la nouvelle loi soit contestée devant les tribunaux.

Des membres du Comité pensent que le projet de loi C-11 ne devrait pas obliger les personnes qui ont entamé des procédures d'immigration en vertu de la loi actuelle à être régies automatiquement par la nouvelle loi. Elles devraient à tout le moins pouvoir choisir quelle loi s'appliquera dans leur cas.

Aux termes de l'article 94, le ministère est déjà tenu de déposer au Parlement chaque année un rapport sur l'application de la loi. Il devrait également être obligé de présenter un rapport au comité approprié de chaque chambre du Parlement, surtout dans le contexte des points soulevés dans les présentes observations.

Enfin, à la lumière des diverses questions soulevées au cours des audiences, le Comité est d'avis que le Sénat devrait étudier en profondeur tous les aspects du système canadien d'immigration et de protection des réfugiés. Parmi les questions à examiner, le Comité a entendu des témoignages concernant la détresse des femmes demandeuses du statut de réfugié qui font l'objet d'un avis d'interdiction de séjour et qui, lorsqu'elles sont renvoyées dans leur pays, sont séparées de leurs enfants nés au Canada. De nombreux autres cas semblables montrent qu'il y aurait lieu à ce moment-ci de revoir notre système d'immigration et de protection des réfugiés. L'étude définirait les questions centrales et comprendrait la recension et l'analyse des études gouvernementales précédentes sur les systèmes canadiens d'immigration et d'accueil des réfugiés.

Le Comité a l'intention de demander à la ministre de répondre par écrit aux présentes observations dans les six mois suivant la proclamation de la loi.

EVIDENCE

OTTAWA, Tuesday, October 23, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, to which was referred Bill C-11, respecting immigration to Canada and the granting of refugee protection to persons who are displaced, persecuted or in danger, met this day at 9:05 a.m. to give consideration to the bill.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: Honourable senators, our purpose today is twofold. It is, first, to study Bill C-11 clause by clause. Second, if there are no amendments, we will proceed to discuss the observations that have been circulated to all members.

Senator Di Nino: Mr. Chairman, I suspect it comes as no surprise to you or other members of the committee that our side is not very impressed with this bill. We think there are a lot of weaknesses in it, particularly having regard to the pre-study of Bill C-36. The committee that is doing that pre-study is being told that the provisions of Bill C-11 will likely change if certain things happen with Bill C-36. We have made comments on that basis throughout these hearings. We would like to have this bill put on the back burner for awhile, but we do not think that will happen. If your side were prepared to do that, we would be delighted.

Having said that, we can count and we know what your side wants. We would be prepared to do clause-by-clause "en bloc" on division rather than going through each clause, with the understanding that we are concerned about the speed with which this bill is being pushed through and that the government will likely introduce some amendments after Bill C-36 is passed, assuming that it runs its normal course.

We think the prudent and appropriate thing to do is to postpone further consideration of this bill. However, we understand the reality. You should know that we will be introducing amendments on third reading.

Senator Andreychuk: I feel very strongly about this immigration bill and also believe that it requires amendments if it is to serve the purposes of the Canadian public as well as the purposes of immigrants and refugees.

I am a member of the committee studying the anti-terrorism bill. Yesterday, the minister told us that it is not adequate to simply say "terrorism," that there is a very carefully worded definition of terrorism in Bill C-36. There are also amendments to Bill C-11 contemplated right in the bill.

I understand why the House of Commons passed Bill C-11. No one could have predicted the events of September 11. Although amendments were moved there, the majority prevailed and the bill was not amended.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mardi 23 octobre 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, qui a été saisi du projet de loi C-11, Loi concernant l'immigration au Canada et l'asile conféré aux personnes déplacées, persécutées ou en danger, se réunit en ce jour à 9 h 05 pour examiner le projet de loi.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Honorables sénateurs, l'objet de notre réunion est double. Tout d'abord, nous étudierons le projet de loi C-11 article par article. Ensuite, s'il n'y a aucun amendement, nous discuterons des observations qui ont été remises à tous les membres.

Le sénateur Di Nino: Monsieur le président, je suppose que ni vous ni d'autres membres du comité ne serez surpris d'apprendre que de notre côté, nous ne sommes pas très impressionnés par ce projet de loi. Nous croyons qu'il comporte beaucoup de points faibles, en particulier pour ce qui est de l'étude préalable du projet de loi C-36. Le comité saisi de cette étude préalable s'est fait dire que les dispositions du projet de loi C-11 changeront probablement si certaines choses se produisent avec le projet de loi C-36. Nous avons formulé des observations en ce sens tout au long des audiences. Nous aimerions que le présent projet de loi soit mis en veilleuse pendant quelque temps, mais nous ne pensons pas que cela se produira. Nous serions enchantés si votre côté était prêt à faire cela.

Ceci étant dit, nous savons compter et nous savons ce que votre côté recherche. Nous serions disposés à faire l'étude article par article «en bloc» avec dissidence plutôt que d'examiner chaque article sachant fort bien que nous nous inquiétons de la vitesse à laquelle on demande d'examiner ce projet de loi et que le gouvernement présentera des amendements après l'adoption du projet de loi C-36, en supposant que ce dernier suive son cours normal.

D'après nous, la chose sensée à faire est de reporter à plus tard l'examen du projet de loi. Cependant, nous sommes conscients de la réalité. Vous devriez savoir que nous allons présenter des amendements à la troisième lecture.

Le sénateur Andreychuk: Je tiens énormément à ce projet de loi sur l'immigration et je crois également qu'il a besoin d'amendements s'il doit être utile au public canadien ainsi qu'aux immigrants et aux réfugiés.

Je fais partie du comité qui examine le projet de loi antiterrorisme. Hier, la ministre nous a dit qu'il ne convient pas de dire simplement «terrorisme», que le projet de loi C-36 comporte une définition très minutieusement formulée du terrorisme. Il y a également des amendements au projet de loi C-11 qui font partie intégrante du projet de loi.

Je comprends pourquoi la Chambre des communes a adopté le projet de loi C-11. Personne n'aurait pu prévoir les événements du 11 septembre. Bien que des amendements aient été proposés, la majorité l'a emporté et le projet de loi n'a pas été modifié.

The government has told us in this room that Bill C-11 is adequate. However, the same government, speaking to Bill C-36, is telling us that it is not adequate.

Minister Caplan was to appear at 8:30 this morning before the committee studying the anti-terrorism bill, but for some reason she was not able to be there. I know that Senator Fairbairn is eager to get her in front of that committee.

The Senate falls into disrepute when it passes bills that are not as good as they could be for public policy. If you pass this bill, you will say that it is a great bill that can stand alone and does not need amendment. Then you will be asked to amend Bill C-36, which will in turn amend Bill C-11. That will cause the Senate to fall into disrepute.

I urge members of the committee to reflect on the haste with which we are doing this. The pre-study on Bill C-36 is moving very expeditiously. In a matter of weeks, there should be an outcome on that bill. Would it not be better for the Senate if the two bills were consistent?

Although opposition members on this committee can move amendments and state their dissatisfaction, I am more worried about how the entire Senate is viewed by the public.

The Chairman: That issue would have to be addressed at third reading.

Senator Andreychuk: I hope it will be in our report, if nothing else.

The Chairman: Senator Andreychuk's point will clearly need to be addressed by the government side at third reading stage.

I understood Senator Di Nino to move that we not do a detailed clause-by-clause study but move directly to a vote on whether the bill should be adopted, without amendment, on division.

Is there a motion that the bill be adopted without amendment?

Senator Cordy: I so move.

The Chairman: The motion is that the bill be adopted without amendment.

Will all those in favour so signify by saying "yea"?

Some Hon. Senators: Yea.

The Chairman: Will all those opposed so signify by saying "nay"?

Senator Di Nino: On division.

The Chairman: The bill is adopted, on division, and will be reported back to the Senate without amendment.

That leads us to the question of observations. A set of observations was circulated last week. They were edited by a number of members of the committee. It is my understanding that Senator Cordy has one or two minor suggestions to raise with regard to them and I believe that Senator Roche wishes to

Le gouvernement nous a dit dans cette salle que le projet de loi C-11 est adéquat. Cependant, le même gouvernement, parlant du projet de loi C-36, nous dit qu'il ne l'est pas.

La ministre Caplan devait comparaître ce matin à 8 h 30 devant le comité saisi de l'examen du projet de loi antiterrorisme, mais pour une raison quelconque, elle n'a pas pu se rendre. Je sais que la sénatrice Fairbairn a bien hâte de l'entendre témoigner.

Le Sénat est discrédité lorsqu'il adopte des projets de loi qui ne sont pas à la hauteur de ce qu'ils devraient être pour la politique gouvernementale. Si vous adoptez ce projet de loi, vous direz que c'est un excellent projet de loi complet qui n'a pas besoin d'être modifié. Ensuite on vous demandera de modifier le projet de loi C-36, qui à son tour modifiera le projet de loi C-11. Le Sénat sera alors discrédité.

J'exhorte les membres du comité à penser à la hâte avec laquelle nous agissons. L'étude préalable du projet de loi C-36 se fait très rapidement. Dans quelques semaines à peine, on devrait savoir ce qu'il adviendra de ce projet de loi. Ne serait-il pas préférable pour le Sénat que les deux projets de loi soient uniformes?

Même si les membres de l'opposition qui font partie de notre comité peuvent proposer des amendements et manifester leur mécontentement, je suis davantage préoccupée par l'opinion qu'aura le public de tout le Sénat.

Le président: Cette question devrait être examinée au stade de la troisième lecture.

Le sénateur Andreychuk: J'espère que ce sera dans notre rapport, quand bien même il n'y aurait que cela.

Le président: Le point soulevé par le sénateur Andreychuk devra de toute évidence être examiné par la partie ministérielle à l'étape de la troisième lecture.

Je comprends les motifs qui poussent le sénateur Di Nino à proposer que nous ne fassions pas une étude détaillée article par article, mais que nous passions directement aux voix pour décider si le projet de loi devrait être adopté, sans amendement, avec dissidence.

Y a-t-il une motion d'adopter le projet de loi sans amendement?

Le sénateur Cordy: J'en fais la proposition.

Le président: La motion vise à adopter le projet de loi sans amendement.

Y a-t-il des sénateurs en faveur?

Des voix: Oui.

Le président: Y a-t-il des sénateurs contre?

Le sénateur Di Nino: Avec dissidence.

Le président: Le projet de loi est adopté avec dissidence et il sera renvoyé au Sénat sans amendement.

Ceci nous amène à la question des observations. On a fait circuler un ensemble d'observations la semaine dernière. Plusieurs membres du comité y ont apporté des modifications. Je crois savoir que le sénateur Cordy a une ou deux petites suggestions à cet effet et je crois que le sénateur Roche veut également nous

comment as well. Other than that, it is my understanding that the observations circulated yesterday are acceptable.

Senator Roche: I would prefer to deal with the observations *in camera*.

The Chairman: I have never done that. I do not mind an open discussion on observations. Does anyone else have a view on whether we need to deal with the observations *in camera*?

Senator Di Nino: Chairman, I do not like *in camera* meetings. I think we should conduct the affairs of the state as openly as possible at all times. Obviously Senator Roche, an experienced parliamentarian, has reasons for requesting that we continue *in camera*.

The Chairman: I am happy to have an *in camera* meeting for a few minutes. We will move *in camera* to deal with the observations.

The committee continued *in camera*.

faire part de ses commentaires. Autrement, je crois comprendre que les observations que l'on a fait circuler hier sont acceptables.

Le sénateur Roche: Je préférerais que l'on traite de cette question à huis clos.

Le président: Je n'ai jamais fait ça. Je n'ai pas de problème avec une discussion ouverte au sujet des observations. Est-ce que quelqu'un d'autre pense que nous devrions traiter de ces observations à huis clos?

Le sénateur Di Nino: Monsieur le président, je n'aime pas les réunions à huis clos. Je pense que les affaires de l'État devraient être le plus possible au grand jour, et ce, en tout temps. De toute évidence, le sénateur Roche, un parlementaire d'expérience, a des motifs pour demander que nous poursuivions à huis clos.

Le président: Je suis heureux d'avoir une réunion à huis clos pendant quelques minutes. Nous allons passer à huis clos pour traiter de ces observations.

Le comité poursuit ses travaux à huis clos.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada —
Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —
Édition
45 Boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

